



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 323 de 2020

Carpetas Nos. 197, 199 y 540 de 2020

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

HABITANTES Y RESIDENTES DEL PAÍS DIAGNOSTICADOS CON COVID-19

Se establecen medidas sanitarias

MEDICAMENTOS

Se dispone que los prestadores de salud públicos y privados deberán garantizar el acceso a la población

SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Modificación del artículo 7° de la Ley N° 19.869

DIRECTOR, SUBDIRECTORA GENERAL DE SALUD Y DIRECTORA DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Delegación

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 1º de diciembre de 2020

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Silvana Pérez Bonavita.

Miembros: Señoras Representantes Lucía Etcheverry, Cristina Lústemberg, Nibia Reisch y señor Representante Alfredo De Mattos.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Asiste: Señora Representante Lilián Galán.

Invitados: Por el Ministerio de Salud Pública, señor Director General de la Salud,

Dr. Miguel Asqueta, señora Sub Directora General de la Salud, Dra. María Luján Giúduci, señora Directora de Epidemiología, Dra. Raquel Rosa y señora asistente Yesiana Cabrera.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Jeanette Estévez.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a la delegación del Ministerio de Salud Pública, integrada por el director general de la Salud, doctor Miguel Asqueta; la subdirectora general de la Salud, doctora María Luján Giudici; la directora de Epidemiología, doctora Raquel Rosa, y la asistente Yesiana Cabrera.

Les agradecemos enormemente que estén aquí hoy. Sabemos el esfuerzo que implicó poder coordinar esta reunión, por todas las actividades que tienen en estos momentos.

Querríamos hacerles algunas consultas que fueron enviadas previamente, respecto a algunos proyectos de ley que están a estudio de la Comisión, y tener un panorama general de lo que se está viviendo con la situación sanitaria actual del país.

Consideramos que por un tema de tiempo tal vez lo mejor sería escuchar una breve exposición con respecto a la situación sanitaria, luego hacer consultas y después pasar a referirnos a cada uno de los proyectos de ley.

SEÑOR ASQUETA (Miguel).- Como se dijo, hemos sido citados para informar acerca de la situación sanitaria actual del país, relacionada con el aumento de casos positivos de covid- 19 y las medidas a implementar, y para referirnos a los tres proyectos de ley presentados, acerca de los cuales realizaremos algunos comentarios.

Vamos a establecer un marco de situación -lo que siempre resulta adecuado-, y luego haremos algunos comentarios técnicos -que serán realizados por parte de la directora de la División Epidemiología-, para que puedan formular las preguntas o consideraciones del caso.

En marzo de este año en Uruguay comenzaron a aparecer casos de lo que ya había sido declarado como pandemia por la OMS. Esa declaración se realizó el día 11 de marzo, y dos días después comenzaron a verificarse casos.

¿Qué se estableció desde el organismo rector de política sanitaria? Que había algunos puntos claves en los cuales actuar, obviamente en base a la capacidad institucional, al conocimiento, y a lo que recomendaban nuestros asesores, en especial porque la pandemia venía transcurriendo en el mundo, por lo que era posible saber cuáles eran los elementos que se venían cumpliendo que podían ser más beneficiosos para su futuro control y cuáles no, y decidir cuáles de las recomendaciones internacionales basadas en evidencia científica era conveniente adoptar. Presumiblemente, uno debe adoptar todas las recomendaciones científicas avaladas por la OMS y por los demás organismos técnicos, aunque a veces unas funcionan más y otras menos. En ciertos casos, hay algunos preceptos que pueden funcionar muy bien bajo la evidencia demostrada, pero con este virus -que básicamente produce infección respiratoria, que luego puede complicarse y ocasionar disfunciones orgánicas diversas, por lo cual algunas personas pueden agravarse, tener graves secuelas, o fallecer- durante el transcurso de la epidemia fuimos viendo que tenía un comportamiento, tanto desde el punto de vista de la transmisibilidad como de la virulencia y demás, un poco diferente a lo que se presumía al inicio en cuanto a su emparentamiento con otros virus de la misma familia, y en base a eso debimos ir haciendo ajustes.

¿Qué sabíamos? Que había que disminuir en lo posible la trasmisión del virus. Las virosis respiratorias las portamos los seres humanos. Más allá del origen del virus -que poco importa aquí-, esas virosis son portadas por los seres humanos, que nos convertimos en los vectores. Hay algunas enfermedades trasmisibles de las cuales los

vectores son controlados de alguna otra forma. Una enfermedad trasmisible puede ser trasmitida por un elemento físico, como el agua, o por un insecto, como los mosquitos, por citar solo algunos ejemplos, en el primer caso uno relacionado con el cólera, y en el segundo con el dengue o la fiebre amarilla. En este caso, el vector somos los propios seres humanos, por lo cual había que controlar la trasmisión de este virus e intentar que desde el punto de vista epidemiológico hubiera casos esporádicos, que si se daba la emergencia de brotes estos pudieran ser rápidamente controlados, y que el número de casos nuevos siempre pudiera reducirse a un nivel gestionable para el sistema sanitario. De esa forma, el manejo de la emergencia y de esos nuevos casos podría gestionarse adecuadamente con la capacidad asistencial del país y nunca se vería superada.

En este sentido, desde el punto vista técnico había dos elementos básicos, uno de los cuales era interrumpir la cadena de trasmisión mediante detección de los casos, realizando pruebas. La prueba que se comenzó a realizar en el Uruguay, que era el *gold standard* mundial, era la de biología molecular, la técnica conocida como RT- PCR *real time.* No vamos a detallarla -aunque si ustedes quieren lo podemos a hacer-, pero en esta sucinta intervención que apunta a saber cómo progresó la situación, podemos mencionar que se utilizó esa prueba desde el primer momento, y la detección, el aislamiento y el adecuado tratamiento, en caso de que la persona fuera portadora de la enfermedad, nos iba a dar uno de los dos enfoques a los que me refería que debían ser complementarios.

El otro enfoque clave fue la esencial vigilancia de los focos de circulación de la enfermedad mediante sistemas de vigilancia de afecciones respiratorias -como las de tipo gripal, influenza y demás- acompañada o no de diversos estudios serológicos u otros, que en algún momento se pueden llegar a implementar. Es decir que se apuntó a la interrupción de la cadena de trasmisión y a la vigilancia epidemiológica. En ese sentido, hemos trabajado desde el inicio y lo continuamos haciendo hoy, con una fortaleza muy importante del Ministerio de Salud Pública, no solo en su función rectora, sino de conducción, en interacción con el resto los actores del sistema, que son una amplísima lista que podríamos mencionar, integrada por los actores del sistema sanitario, de la academia, de la sociedad civil, de otros ministerios u otros organismos -estatales o no- que tenían que colaborar, y cada uno cumplió su rol clave.

Hemos hablado acerca de cómo se trasmite la enfermedad y de cómo estamos trabajando -ya que, en definitiva, es lo que seguimos haciendo hasta el día de hoy-, intentando interrumpir la cadena de trasmisión y hacer la vigilancia de la mejor forma posible para que podamos seguir detectando todos los casos y haciendo el control de brotes, que es algo fundamental para que no se llegue al estadio de circulación comunitaria descontrolada del virus, como ha ocurrido en gran parte del mundo y de las Américas.

También debíamos tener personal -tanto en la salud pública como en el resto del sistema sanitario- capacitado, suficiente y eficiente, tanto en recursos humanos como materiales. No nos vamos a explayar en esto, pero se trabajó ampliamente para tratar de que se dispusiera de todos los recursos materiales y humanos del subsistema público y del subsector privado, así como de la academia -reitero- y de todos quienes quisieran aportar -las universidades han aportado mucho en esto-, de tal forma de conseguir una rápida capacitación en un terreno en el cual muchos de los temas se estaban descubriendo en el mismo momento en que se diagnosticaba el problema.

En cuanto al control, se debía reducir al mínimo los riesgos de brote, particularmente, en los grupos de más alta vulnerabilidad. Por supuesto que el diagnóstico ya estaba hecho -no lo íbamos a hacer los uruguayos aquí-, y había que reducir la transmisión nosocomial. En esos lugares hubo algunos brotes y

presumiblemente va a seguir habiendo brotes intrahospitalarios. Todos ellos han sido controlados al día de hoy; algunos han sido mayores en número y en complejidad de manejo, y otros menores, pero siempre preocupan porque el universo de personas que está dentro de un centro asistencial hospitalario tiene características muy particulares por ser población vulnerable, integrada por pacientes que están internados -muchos de ellos en situaciones de altísima vulnerabilidad-, y por cómo se trabaja en esos lugares; porque a pesar de que uno puede disponer de las más eficaces medidas de control de no trasmisión del virus entre las personas, y de los cuidados que hay que tener con los equipos de protección personal, que están estadificados -en sentido hemos emitido normas y recomendaciones, muchas de ellas por supuesto obligatorias-, muchas veces, por la razón que fuere, por descuido, o por la vía de los hechos, puede haber contactos no deseados, lo que hace que los brotes nosocomiales resulten de cuidado.

Por otra parte, debimos prestar atención a los espacios cerrados, que a veces impiden que las personas mantengan el distanciamiento físico que desde el principio se consideró esencial, como por ejemplo cárceles, los lugares asilares y demás. Asimismo, se debió enfocar especialmente un grupo muy vulnerable, en el que inclusive cuando aquí desató la pandemia ya estaba habiendo estragos en otros países -el continente europeo fue paradigmático- : el de los adultos mayores que se encuentran en establecimientos de larga estadía. En ese sentido, nos enfocamos en políticas específicas comandadas directamente desde la Dirección General de la Salud. La subdirectora general de la Salud ha realizado desde el primer día una conducción personal del tema, por lo que le podrán preguntar todo lo que quieran saber sobre eso, porque es casi un capítulo aparte debido a que hemos tenido brotes. Por supuesto, muchos de los internados, de las personas que se complican con la enfermedad, y de los fallecidos, han provenido de estos establecimientos; no solo han sido personas mayores de sesenta y cinco años, sino que muchos de ellos eran residentes de esos establecimientos.

Por otra parte, había que establecer medidas para los lugares de trabajo, lo que se hizo. El Estado emitió normativa diversa, porque a pesar de que en los primeros momentos de la pandemia se intentó que las personas permanecieran el menor tiempo posible en los lugares de trabajo, o que no fueran a trabajar, eso no siempre fue posible; no siempre es posible el teletrabajo, ni que las medidas se adopten, por lo que se emitieron medidas, recomendaciones y protocolos -que por supuesto que al día de hoy se siguen multiplicando por centenares-, y se intentó ser lo más cuidadoso posible.

Un último capítulo refiere a la gestión de riesgos en fronteras. La OMS nos dijo desde el primer momento -y es algo que pudimos comprobar- que debíamos ser muy cuidadosos para no importar casos. Por eso, la misma noche del 13 de marzo, cuando aquí se diagnosticaron los primeros cuatro casos, luego del Consejo de Ministro se dictó el decreto Nº 93/020 -que se redactó y salió con esa fecha-, en el cual entre otras cosas se dispone el no ingreso al país de personas. Eso fue modificándose por sucesivas normas y decretos -de los que podríamos hablar si les interesara-, pero en aquel momento lo básico era que no ingresaran personas desde las zonas, países o regiones considerados de alto riesgo, lo que luego se extendió a personas proveniente de cualquier parte del mundo.

Este sería el resumen de las medidas que había que tomar, que dispusimos y que, en definitiva, han sido el norte que nos ha guiado hasta hoy, que han hecho que estemos con una situación de pandemia controlada, con un esperado aumento de los casos en la medida que en que la epidemia se ha ido desarrollando en Uruguay. En el país se dispusieron medidas en cuanto a detección oportuna de los casos y testeo necesario, lo que en marzo -no recuerdo la fecha; tengo el documento por aquí, pero para no demorarnos no la miro- hizo que desde la Dirección General de la Salud, en conjunto con

la Junta Nacional de la Salud, se determinara que todos los prestadores públicos y privados dispusieran, en base a las consideraciones de casos sospechosos que la División de Epidemiología permanentemente iba redactando en base a la evidencia -ya que íbamos teniendo nueva información y diferentes definiciones sobre los casos sospechosos y sus contactos-, se realizara el más masivo testeo que se pudiera, de acuerdo con las indicaciones correspondientes de los profesionales actuantes o de la División de Epidemiología y del Departamento de Vigilancia. De esa manera, con fecha 1º de abril se dispuso que todos los testeo por la técnica RT- PCR a realizarse en el país quedaban incluidos en el PIAS. Ustedes conocen cuál ha sido la secuencia subsiguiente y, por lo tanto, toda indicación de testeo pasaba por el director técnico institucional, lo que está en permanente revisión. En estos días, estamos pensando que podría haber alguna modificación en ese sentido para que sea más amplio.

En cuanto a lo laboratorial, hicimos una solicitud a todos los prestadores privados y hubo un muy importante apoyo al desarrollo de técnicas, mediante un convenio firmado el 29 de marzo entre la Universidad de la República, el Instituto Pasteur y el Ministerio de Salud Pública, que permitió aumentar la capacidad de testeo en muchos miles por ciento, en base a técnicas que se desarrollaron en Uruguay por parte de científicos uruguayos y la ampliación de la capacidad de investigación, de desarrollo y de los laboratorios. En los primeros días de la pandemia había capacidad para realizar algunos centenares de testeos y al día de hoy la capacidad diaria es de miles. Es imposible dar el número exacto porque todos los días los laboratorios aumentan su capacidad en cuanto a recursos humanos y demás. Fue ampliamente divulgado por la prensa que la semana pasada, en reunión con todos los prestadores, ante solicitudes que hicimos y fiscalizaciones que han sido exhaustivas, solicitamos que día a día se aumente la capacidad. Puedo asegurar que al día de hoy todavía hay bastante capacidad en los laboratorios de los prestadores privados y públicos del país y del Instituto Pasteur para realizar algunos miles de estudios más que los que se realizan cotidianamente, que son entre 3.000 y 5.000 por día.

Hemos seguido expandiendo la capacidad de testeo y de detección, y el país también dispuso normas sobre el aislamiento social preventivo o las cuarentenas, tanto de las personas que son portadoras del virus como de sus contactos, que se dividen en diferentes tipos de acuerdo con diversas definiciones epidemiológicas. Por supuesto, hay muchas personas que tienen que cuarentenarse y realizarse el test, y en el caso de que no se realice al inicio sino que por determinación de la División deben realizarse al séptimo día, las personas deben ir a su domicilio. Eso ha generado que un importante número de personas deba cumplir ese protocolo.

Por otra parte, el Estado resolvió, en base a determinaciones del Consejo de Ministros actuando con el presidente de la república, que Uruguay iba caminar hacia la libertad responsable. En ese sentido, informar y concientizar a la población ha sido el norte y tener políticas comunicacionales justas, oportunas, adecuada y comprensibles para todos hizo que Uruguay fuera transitando esta pandemia por el carril esperado desde el punto de vista epidemiológico.

¿Qué ha ocurrido? A lo largo de los meses, por razones naturales, una epidemia que es trasmitida por los seres humanos, en la que por la cercanía o el no cumplimiento de las medidas básicas de prevención, que son la higiene adecuada de manos y otros sectores del cuerpo con agua y jabón y alcohol en gel, el uso de mascarilla facial de distintos tipos según la profesión -no es lo mismo el trabajador de la salud que un administrativo; no viene al caso tratarlo ahora pero si los legisladores quieren, lo podemos ampliar- y por supuesto el distanciamiento físico sostenido para todos los casos dependiendo del trabajo que realiza la personas -por ejemplo, en la salud es difícil mantener el distanciamiento-, hace que pueda haber un mayor número de casos. Es un

país en el que no se fue al confinamiento obligatorio ni hubo toque de queda ni se dejaron de realizar actividades, sino que la inmensa mayoría de las actividades educativas, sociales, culturales y laborales de las diversas áreas de nuestra sociedad se están realizando; además el transporte público en ningún momento fue detenido para lo que contribuyó el hecho de que en nuestro país no se producen grandes aglomeraciones de personas en estaciones de metro, subterráneos y demás. Por otro lado, cuando se decidió que no había confinamiento y al mes o mes y medio de declararse la pandemia casi todas las actividades siguieron su curso -la construcción y la educación fueron los primeros, y luego el comercio-, estaba claro que los trabajadores tenían que ir a trabajar. En ese sentido -aun con medidas obligatorias y con otras de educación, formación y concientización del público-, como prácticamente todo el Uruguay está movilizado, era inevitable que hubiera un incremento de los casos.

Disponemos de informes epidemiológicos y de diversas medidas sobre la marcha de la epidemia.

Finalizo aquí con esta introducción que brinda el marco inicial de cómo hemos llegado al día de hoy, y solicito a la directora de la División de Epidemiología, la doctora Raquel Rosa, que comente en general la situación epidemiológica.

SEÑORA ROSA (Raquel).- Buenos días para todos.

Desde que comenzó este evento a nivel internacional, la División Epidemiología ha venido gestionando la incertidumbre. Es un evento que apareció a nivel mundial, que desconocíamos cómo se iba a presentar y hoy tenemos el diario del lunes con un año de evolución. La División de Epidemiología ha realizado informes epidemiológicos consecuentes semanales en los que se muestra la información recabada y descriptiva de cómo se han venido presentando los casos, y es importante precisar algunas cuestiones.

Los informes epidemiológicos completos vienen con una semana de retraso porque requieren un tiempo de interpretación, pero de todas formas se ve claramente cómo ha sido la evolución de la epidemia, y tenemos datos actualizados al día de ayer, que son los datos diarios. Se ha visto que se mantiene la condición del último informe que indica que la gran mayoría de los casos aún se presentan en forma de brotes, que es algo importante a la hora de la dispersión. Si bien se trata de una dispersión comunitaria, está vinculada a los brotes y la práctica de la vigilancia epidemiológica ancestral ha demostrado que el seguimiento de los casos, la identificación de los contactos, el aislamiento y la cuarentena son las medidas que tienen impacto para cortar los brotes que se vienen sucediendo. Por supuesto que la incertidumbre inicial llevó a que la movilidad fuera mucho menor y por lo tanto los brotes eran más pequeños, de entre cuatro y diez personas como mucho, pero en la medida en que aumentó la movilidad, los brotes han generado mayor número de contactos.

Desde la Digesa se ha determinado la necesidad de fortalecer el área de la vigilancia epidemiológica, tanto a nivel del Ministerio de Salud Pública como del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que está a cargo de las direcciones departamentales de salud. A nivel de todo el país hay unidades de epidemiología departamentales que responden técnicamente al Sistema Nacional de Vigilancia y se ha incrementado el número de funcionarios para dar respuesta a los brotes y hacer el seguimiento de los contactos.

Con respecto a los datos epidemiológicos *per se*, cabe destacar que el informe está disponible en la página web del Ministerio y también lo podemos hacer llegar a la Comisión. La situación es la que se indica en el informe: hay un aumento en los últimos

días del número de casos que es evidente, y si bien es cada vez más dificultoso hacer el seguimiento, aún se puede mantener un seguimiento de los contactos a nivel nacional.

En cuanto a los datos, me parece importante señalar algo que es difícil transmitir en un informe frío. Me refiero a que hoy tenemos una idea de cómo se presenta biológicamente el virus y cómo es la historia natural de la enfermedad. Hemos tenido muchísima información que muchas veces no ha tenido la suficiente veracidad por la situación emergente. Sin embargo, actualmente hemos podido ver cómo ha evolucionado en el mundo y cuál es la característica que tiene. Uruguay no es ajeno a las características que ha presentado el resto del mundo, que indica que de diez personas solamente una requiere internación, y de cien personas solamente dos han requerido internación en cuidados críticos. Es un virus cuya historia natural ha demostrado que tiene una amplia capacidad de reproducción con una baja letalidad y lo que hace es mantener su supervivencia. O sea que no va a desaparecer como otros de su especie, que han tenido una evolución mucho más letal y tendieron a la desaparición a nivel mundial. Este virus parece que ha llegado para quedarse y vamos a tener que acostumbrarnos a gestionarlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchísimas gracias a ambos por las explicaciones que nos transmitieron, que fueron muy enriquecedoras.

Solicito a los señores legisladores que utilicen el mayor poder de síntesis posible porque hay muchos temas para tratar.

SEÑORA LEGISLADORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Saludo a las autoridades del Ministerio y agradezco su presencia. No obstante, quiero resaltar que planteamos la convocatoria a partir del 9 de noviembre, que nos parece que fue un punto de inflexión, y por determinadas complicaciones los estamos recibiendo recién en esta fecha.

Para nosotros esto es una prioridad, porque entendemos que en este espacio, como ámbito natural del sistema político, es donde pretendemos dar respaldo y generar acuerdos -también lo hemos hecho a nivel de la opinión pública- para que los decisores políticos que están en esta situación tengan tranquilidad y puedan sentirse respaldados con las iniciativas legislativas y las medidas que se estimen convenientes. No vamos a señalar cuestiones científicas o vinculadas a la epidemiología, pero sí el respaldo a determinadas decisiones y algunas propuestas de cara a la gestión pública.

Compartimos lo que se dijo en cuanto a que la estrategia que ha tenido Uruguay ha sido el testeo en tiempo y forma, la trazabilidad y el rastreo. En ese marco, me gustaría contar con los datos actualizados, es decir cuánta gente hoy está abocada al rastreo y si se ha hecho una calificación especial de esos recursos humanos. La doctora Rosa mencionó que hay equipos a nivel departamental y me gustaría tener idea de cómo se está procesando eso. También quisiera saber, de acuerdo con la cantidad de casos, si hay alguna proyección en cuanto a si se va a ver comprometida la capacidad de rastreo, y frente a ese escenario, qué medidas de gestión e incorporación de recursos humanos se están planteando.

Respecto de los test, que es otra parte importante de esto, obviamente están los protocolos y el doctor Asqueta debe tener presente que hace unos meses, en una anterior convocatoria se habló de eso por las zonas grises que se generan. El 26 de octubre hubo una pauta y un protocolo muy específico, pero hay algunas cuestiones vinculadas y de hecho, tuvimos en esta casa alguna situación en el día de ayer. Me gustaría saber cuál es la capacidad que se tiene. En agosto recibimos la contestación de un pedido de informes que indica que a junio había una capacidad de dos mil test diarios. Seguramente, esa capacidad se incrementó por los datos que han salido públicamente en

los últimos días y quisiera saber si hay una proyección en ese sentido, sobre todo respecto de las pautas por las zonas grises que quedan, en especial, con los casos confirmados o los sospechosos.

En aras de eso, también me gustaría tener la opinión del Ministerio respecto de algunas situaciones que empiezan a tener incidencia e impacto en la evolución y la contagiosidad del virus, porque algunos trabajadores que son contacto de casos positivos nos han planteado que tienen los siete días de cuarentena para después realizarse el test y cuarenta y ocho horas para tener el resultado; ahí hay un tema delicado con la licencia y con la remuneración económica, que se ve recortada. Por qué? Porque los trabajadores que pueden tener una, dos o hasta tres situaciones de contacto están pensando si se informan debido a los descuentos a los que se exponen. Quiero saber si se ha valorado esa situación en el marco de toda la información de la que dispone la Digesa para ir trazando los escenarios. Deseo conocer si hay medidas concretas al respecto. Lo mismo sucede con los costos. Sabemos que esta prestación se incluyó en el PIAS, pero queda en una situación gris cuando se trata de un contacto. Se desconoce el costo del test y quién tiene que absorberlo. En la afectación de la economía y del trabajo que provoca esta pandemia eso termina siendo un elemento importante a considerar.

Respecto a los tests en algunos departamentos del interior, la consulta es si se ha valorado la posibilidad de dar un paso más en esta complementación y en esta lógica que tiene como espíritu el Sistema Nacional Integrado de Salud. Independientemente del prestador de la persona, la idea es que pueda haber un complemento realizado por cualquiera de los prestadores más cercanos y con mayor capacidad; necesariamente, ello no implica recurrir al propio como una forma de universalizar los testeos masivos. ¿Ese sería un camino a seguir?

En cuanto a las recomendaciones del Grupo Asesor Científico Honorario, es importante acceder a toda la información publicada en la página de Presidencia. Sin embargo, en el organigrama no figura el Ministerio de Salud Pública, y eso llama la atención; supongo que habrá cierta coordinación con el Grupo Asesor. Quiero saber si eso es así.

Entendemos que en este seguimiento científico tan abarcativo de los profesionales los escenarios se están construyendo. Según ustedes, ¿cuál es el escenario que podríamos tener en las próximas semanas o meses y si ello implica la constitución de planes de contingencia? En ese marco, sabemos que hubo experiencias exitosas y que ciertos lugares pudieron controlar esto. ¿Esas experiencias exitosas están siendo parte de planes de acción que se puedan colectivizar y amplificar para el conjunto de los actores con incidencia directa en la salud o en otros sectores? Hablo de otros sectores porque nos preocupa mucho la educación por las asimetrías y las brechas que genera esta pandemia.

Por otra parte, son importantes los mecanismos de comunicación. Entendemos lo de la libertad responsable, pero el Estado y el Gobierno deben brindar las mejores condiciones para que se pueda efectivizar. En las primeras semanas del surgimiento de esta situación hubo una muy baja circulación de gente; eso ayudó muchísimo y fue reconocido públicamente. ¿No estamos en el momento en que algunos organismos deberían volver al teletrabajo para disminuir la circulación de la gente? ¿Esa no es una medida que corresponde al Gobierno para garantizar las condiciones que el sistema político debe brindar a la ciudadanía en términos de libertad responsable?

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Hago acuerdo con las preguntas de la señora diputada Lucía Etcheverry. Nosotros conocemos la incertidumbre que genera esta pandemia. Desde esta Comisión y desde el primer momento en que

comenzó la pandemia -luego de las reuniones con todo el equipo de salud, encabezadas por el señor ministro y durante la transición cuando asumió el directorio de ASSE; también estuvo presente el señor diputado Luis Gallo como delegado de sector-, en conjunto con los señores legisladores que hoy forman parte de la coalición de gobierno, hemos estado acompañando todas las acciones. Como saben, el 27 de marzo nuestra fuerza política acercó una propuesta de medidas a la Presidencia de la República relativas, no solo a lo sanitario sino a la protección del trabajo y del empleo. También había medidas dirigidas al ámbito social con el fin de no profundizar la desigualdad estructural, algo que puede incrementar este tipo de pandemia. Recuerdo que había medidas referidas al día después.

Tenemos clarísimo cómo Uruguay ha venido manejando esta situación. Hasta ahora, hemos estudiado todos los informes elevados por la Dirección General de la Salud y por la División Epidemiología de forma periódica. Por ello, pocas veces publicamos algo en las redes. El primer informe dio mucha tranquilidad a la ciudadanía y es importante que la Dirección General de la Salud y la División Epidemiología tengan un rol muy activo por lo que significa la vigilancia epidemiológica en el manejo de esta pandemia. Sin embargo, la situación cambió.

Conocemos los recursos humanos de las direcciones departamentales con sus unidades de epidemiología, el entrenamiento que tienen para el manejo de campo y todo el esfuerzo que se realiza. De todos modos, en esta estrategia de rastreo y de vigilancia, deseamos saber qué recursos humanos hay en cada una de las direcciones departamentales de salud, a través de qué convenios se han visto fortalecidas, qué capacitación reciben, qué recursos materiales tienen y si existe un teléfono para hacer un seguimiento. Todo esto ha significado mucho esfuerzo para el personal de salud y, particularmente, para quienes trabajan en la División Epidemiología en las unidades departamentales.

Si uno mira esta gráfica puede advertir que a partir de los primeros días de noviembre nuestra situación cambió. No digo que estemos en una situación de trasmisión comunitaria, pero tenemos un riesgo de crecimiento mucho más exponencial que antes. Por lo tanto, queremos conocer cómo estamos parados al día de hoy. Todos sabemos que cada caso puede tener hasta veinte o veinticinco contactos. Lo ideal es que quien haya estado expuesto a un contagiado tenga una entrevista de orientación antes de las veinticuatro horas. Así como ustedes están desbordados, yo puedo tener una agencia de gestión de test. Todos los días recibimos muchos reclamos por demoras de parte de los prestadores en la gestión del primer caso. Ustedes conocen todo el tiempo que lleva la coordinación y que la respuesta se recibe a las cuarenta y ocho o setenta y dos horas en algunos prestadores. Queremos conocer efectivamente cómo se está gestionando las consultas ante estos nuevos brotes. Al haber mayor cantidad de casos, mayores son las dificultades para gestionar todo. Nosotros tuvimos dos casos de una cooperativa el viernes, se los aisló, pero hoy hay más de cincuenta y siete o sesenta funcionarios involucrados. Desde el viernes hasta hoy se estuvo viendo cómo se implementaba la cuarentena. Además, están todas las dificultades de la vida cotidiana. Como dijo la señora diputada Lucía Etcheverry, estos funcionarios no tienen la licencia garantizada mientras se realizan los estudios. Cada uno de nosotros ha pasado por múltiples experiencias al respecto.

Cuando tiene un mínimo de casos, la situación es diferente. Sin embargo, cuando uno ve la gráfica puede advertir que en quince días se duplican los casos.

En resumen, queremos conocer sobre los recursos humanos, sobre los recursos materiales y cómo se está llevando adelante el tema de los hisopados. ¿Qué es lo distinto

que se está haciendo ante este cambio? La parte comunicacional nos parece importante, así como las acciones intersectoriales. Hoy estamos expectantes por la reunión que concretará el Poder Ejecutivo con el resto de los integrantes del gabinete porque hay que tomar medidas que van mucho más allá del sector salud. Sabemos que han aumentado los casos de CTI y que la comunicación debe ser mucho más clara con la población de mayor incidencia de veinticinco a cincuenta y cuatro años. En los grupos etarios de menores de quince años hay gran diferencia en los protocolos entre el sistema público y privado, y ello marca desigualdades. Yo vengo siguiendo los informes del GACH de agosto y de noviembre acerca de las estrategias para el sector educativo, pero queremos saber qué se planea para la actualidad, con estas nuevas cifras. Lo planteo porque hoy hay una gran incertidumbre.

Observamos lo que sucedió en Europa luego de que se abrieran algunas fronteras. Por ello, esperamos hoy las medidas que pueda tomar el Gobierno. Creo que habría que restringir algunas actividades. Al principio, teníamos una comunicación diaria. Si aumentaba un caso, teníamos una conferencia de prensa. Destaco muchísimo eso y creo que la comunicación y la cercanía con la ciudadanía son muy importantes. Nuestra fuerza política está dispuesta a participar de todo esto a través de algún espacio de diálogo interpartidario fuerte porque ello da mayor respaldo a la ciudadanía.

Agradezco que vengan al Parlamento porque acá todos los integrantes del sistema político representamos a la ciudadanía. La situación cambió y queremos conocer las fortalezas y las debilidades que se tienen desde el sistema de salud -particularmente de Epidemiología- en cuanto al rastreo, seguimiento, recursos humanos, gestión de hisopados, etcétera.

Estamos muy preocupados por todas las consultas. Ante una demanda asistencial y de aluvión de consultas por síntomas sospechosos, queremos conocer cómo se están manejando. Por ejemplo, hablo de los cardíacos agudos porque todos sabemos cómo pueden llegar a sobrecargar el sistema de salud si no tenemos un control más allá de ese 85% del seguimiento de los brotes. La idea es que esto no se nos vaya de las manos. En mi familia tengo todas las situaciones; no preciso hablar de otros. Tuve un caso sospechoso, otro en cuarentena, etcétera. Hablo de una gran incertidumbre en todo el país.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Concuerdo cien por ciento con las preguntas de mis compañeras. Sin embargo, debo trasmitir la preocupación que uno tiene desde el ámbito sanitario fundamentalmente. Uno tuvo la oportunidad de conocer el Ministerio de Salud Pública y la manera como se trabaja, con responsabilidad y con seriedad. Pero una cosa es lo que se dice y otra cosa es lo que se hace y cómo se hace. Como uno trabaja en el ámbito de la salud y está en contacto con pacientes y con instituciones, la preocupación mayor que tengo -fundamentalmente en los últimos quince o veinte días- es que no hay una correcta fiscalización por parte del Ministerio de Salud Pública.

Nosotros hemos visto y hemos participado de cirugías en estos días con la nueva disposición de que el paciente debe hacerse un test de PCR antes de cada cirugía -cabe señalar que cuando uno tiene que operar un paciente sin PCR debe arroparse de determinada manera para protegerse a uno mismo y al personal-, pero eso no se cumple. Eso me preocupa. Por eso agradezco la oportunidad de decirlo directamente a las autoridades. No en todas las instituciones de asistencia médica colectiva ni en los hospitales de ASSE se cumple con el protocolo que muy bien diseñó el Ministerio de Salud Pública. Uno puede decir que está todo protocolizado, pero no siempre se cumple;

a veces es muy difícil cumplir con el protocolo. Conocemos las limitaciones que existen. De todos modos, creo que hay que focalizar más el tema de las fiscalizaciones.

Otro de los temas que me preocupa muchísimo es el siguiente. Escuché casi todas las entrevistas de las autoridades del GACH y del doctor Miguel Asqueta. Si no me equivoco, la capacidad que Uruguay tiene de testeo por PCR es de unos quince mil; hoy estamos alrededor de cinco mil o seis mil. Si uno piensa que estamos a treinta días del verano, seguramente ingresen muchos uruguayos radicados en el exterior para pasar el fin de año en nuestro país. Si tenemos en cuenta esa capacidad máxima de testeos, nos preocupa ese ingreso masivo y queremos saber cómo se va a controlar.

Otro tema importante -pido disculpas por hablar de temas asistenciales- refiere al atraso que estamos teniendo en cuanto a las cirugías coordinadas. Actualmente, hay entre cuarenta mil y cincuenta mil cirugías postergadas o con dificultades para poder coordinarlas. Obviamente, todo responde a las medidas que están tomando cada una de las instituciones públicas o privadas en función de la epidemia. Es un tema relevante porque, en la medida en que no vayamos resolviendo esas cirugías -que sean de coordinación no quiere decir que el paciente no requiera de ella-, podríamos agravar la mortalidad por otros factores.

Otra cuestión que me preocupa es la capacidad de las instituciones para realizar la cantidad necesaria de PCR. La semana pasada tomé conocimiento sobre algunas denuncias de ciertas instituciones. Sucede que el Ministerio exige el PCR pero, si no hay dinero para pagarlo, no se puede hacer. Quiero conocer si está al día la deuda con los prestadores.

La última vez que recibimos en la Comisión al doctor Miguel Asqueta junto con el doctor González Machado quedamos sorprendidos por el costo que tenía cada PCR si lo multiplicábamos por la cantidad necesaria. Es una cifra escandalosa. Pretendemos conocer la disponibilidad que pueda llegar a haber. Sabemos que el Gobierno ha dado carta libre para que se pague la cantidad de PCR que se indique. El tema es si se indica mucho o poco. Por lo que dijo el doctor Miguel Asqueta, en estos días se van a ajustar las solicitudes de PCR.

Por otro lado, quiero saber si tienen información sobre la gravedad de los pacientes en estos últimos días. Obviamente, al haber mayor cantidad de casos, hay mayor cantidad de pacientes en CTI pero, por lo que me han comentado, las presentaciones han sido mucho más virulentas últimamente -o esa es la impresión clínica que uno tiene- y ha disminuido la edad. Leí por ahí que hay dos pacientes de veinte o veintipocos años en CTI, lo que no se dio en estos seis o siete meses. Quería saber si hay algún tipo de explicación; si esto tiene que ver con la carga viral. Me llama la atención, y como me gusta leer y estar informado, aprovecho que están las personas que saben para preguntarles.

Me parece que la comunicación que se ha tenido desde el principio y hasta ahora ha sido muy buena. Creo que después el gobierno se descansó un poco, como lo hizo toda la población -y por eso la cantidad de brotes-, y no estuvo semanalmente prendida al informativo como antes, cuando las autoridades salían continuamente. Y ese mismo achicamiento fue el que tuvo la población en general. Seguramente a partir de hoy -estamos muy ansiosos por la reunión que está llevando adelante el presidente con el gabinete y con el GACH- conoceremos algunas de las medidas que vayan a tomar.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- Agradezco la visita a todos los integrantes del Ministerio.

Les hicieron una cantidad importante de interrogantes, por lo que no les voy a preguntar muchas cosas. Simplemente, voy a preguntar al doctor Asqueta en qué situación está el test rápido que inauguró en Tacuarembó, que era importante sobre todo para saber si es necesario ir preparados con el traje para operar en las cirugías de urgencia.

Por otro lado, a pesar de todos los controles, de todo lo que hablamos y de todo lo que podamos hacer en este país -considero que han trabajado excelentemente bien, sobre todo en Tacuarembó, donde en una ciudad tan chica como Paso de los Toros, que tiene una afluencia muy grande de extranjeros, se ha dado el número más importante de casos-, quisiera saber si la vacuna sería la solución más importante para este problema. Quiero preguntar a la doctora Rosa en qué situación se está con respecto a eso.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Los felicito por el trabajo que han venido realizando. Sabemos que ha sido extenuante, pero positivo. Comparto que es necesario ajustar algunos controles y el mensaje que se les está dando a los jóvenes. Creo que hay que buscar alguna estrategia para poder llegarles, porque no les estamos llegando. El mensaje que quiso dar el ministro fue valioso, pero hay una realidad: los jóvenes no conocen a ninguno de los actores políticos. Muchos no saben quién es esa persona que salió descontracturada y en mangas de camisa, porque no lo conocen. El contenido del mensaje era adecuado, el momento fue oportuno, pero tenemos que establecer algún tipo de comunicación de jóvenes hacia jóvenes, de referentes del deporte o de referentes influencer para poder llegarles, porque lamentablemente, reitero, no les estamos pudiendo llegar. Hay lugares en el interior donde también están faltando algunos controles. Les quiero trasmitir esto porque es bueno reconocer el trabajo que han hecho y felicitarlos, pero también tenemos que ser responsables al momento de manifestar algunas cosas que entendemos que hay que ajustar como, por ejemplo, el transporte colectivo. En el interior estamos teniendo problemas porque van veinte o treinta personas paradas en un pasillo. No todos -lamentablemente- utilizan la prevención; no todos usan tapabocas. Hay compañeros de viaje que se lo dicen y se enojan; somos todos conocidos y hay rechazo a algunas personas, pero se tienen que bancar la situación porque tienen que trasladarse y llegar al lugar de destino. Hay un recorte de horarios que provoca que haya un "hacinamiento" -entre comillas- de personas en algunos turnos. En mi departamento, hubo que hacer un hilo epidemiológico para ver quiénes se habían trasladado en algunos turnos específicos y controlar que existan obligatoriamente las planillas en todos los transportes, para saber quién viaja y en qué lugar. Digo esto a modo de aporte.

Me parece que tenemos que seguir hilando fino para llegar a la población joven, que es la que está teniendo un poco de resistencia -todos fuimos jóvenes y rebeldes y por eso lo entendemos-, porque se está complicando. Hasta el día de ayer había dos jóvenes, de veintiocho o treinta años, en CTI. Los expertos dicen que van a aumentar los casos en esa población, pero que haya dos jóvenes en el CTI no los asusta; siguen con las mismas conductas y las mismas actitudes.

Por otro lado, quiero saber si hay una correcta coordinación con todos los gobiernos departamentales del país. Entendemos las manifestaciones populares -a todos nos encanta el candombe-, pero nos llama la atención que pueda haber setecientas u ochocientas personas reunidas de las cuales, por lo que se ve en los videos, un gran porcentaje no tiene ningún tipo de protección. En otras manifestaciones, están cantando o gritando. Nos llama la atención ver esto en Argentina ante un hecho puntual, pero verlo en nuestro país, en el informativo o en vivo y en directo, no. Quiero saber qué coordinación existe con los gobiernos departamentales, porque también tienen que actuar. No puede ser que en la rambla de Montevideo -y no es un ataque político; todos lo

hemos visto en los videos- se junten ochocientas o novecientas personas. Esto se da también en mi departamento. A todos nos gustan las Llamadas, es divino escucharlas, pero cuando no se puede, no se puede, y hay que tomar medidas para que eso no suceda porque la propagación del virus puede llegar a ser importante.

Reitero mis felicitaciones por el trabajo que han venido realizando, que sabemos que ha sido extenuante. Por suerte hemos podido ser ejemplo en el mundo, pero me parece que hay que hacer algunos ajustes de perilla y apretar alguna tuerquita para poder seguir siendo ese ejemplo en el mundo y no pasar de una página exitosa en la que estamos muy bien -como ha pasado en otros países- a no estar tan bien. Creo que se tiene que apuntar a llegarle a los jóvenes con otra estrategia comunicacional, porque hasta ahora no ha dado resultado.

Les agradezco por estar presentes, por el trabajo y por todo lo que están haciendo por nosotros.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Me quedaron tres preguntas. Una tiene que ver con lo que se venía planteando respecto de la capacidad de CTI, tanto para adultos como pediátricos. Quizás no tengan este dato, pero querríamos tener la posibilidad de contar con él. Cuando hablamos de plazas, también nos referimos al personal especializado que se requiere, incluyendo a los fisioterapeutas, sobre todo para los casos de covid- 19. Quisiera saber la cantidad por departamento y si este tiempo les ha permitido incrementar la cantidad para cubrir esa eventual contingencia.

Hace un rato se mencionaba que la doctora Giudici ha tenido un rol de seguimiento en cuanto a los protocolos de residencias de larga estadía para adultos mayores, y quiero saber si hay también protocolos dirigidos a otros sectores de la población, por ejemplo las personas en situación de calle. Se han producido algunas situaciones complejas en los refugios; ¿hay algún proyecto para garantizar cuarentenas con determinados cuidados en esa situación tan particular y en la de otros sectores etarios que la puedan requerir?

En la pauta del GACH hay algo bien importante que es el cuidado del personal de salud. Es vital generar esos mecanismos de cuidado. ¿Cuál es la situación que se ha venido dando, la evolución y el seguimiento que han establecido ustedes, con relación, sobre todo, a lo que planteaba el señor diputado Gallo sobre todas estas intervenciones quirúrgicas que no se han realizado? Esta situación ha generado una disminución de costos bien importante para los prestadores. ¿Eso se está monitoreando?

También hay enfermedades crónicas que requieren determinado seguimiento, ¿cómo se está controlando por parte del organismo rector que eso se cumpla? En cuanto a la comunicación, el GACH establecía hace un tiempo la recomendación de establecer compañas, como decía la señora diputada Reisch, con un enfoque etario en particular. ¿Cuánto se ha avanzado, sobre todo en las campañas de bien público?

En cuanto a la APP, quiero saber cómo la están monitoreando. Hay algunos prestadores que efectivamente están trabajando con ella y otros que demoran un poco más, lo que también genera incertidumbre. ¿Cuál es la valoración que hacen y el plan de acción en ese sentido?

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA (Miguel).- Agradecemos los conceptos vertidos hacia nosotros; creo que son hacia todo el pueblo uruguayo y hacia todos quienes tienen responsabilidad. Han sido enormemente responsables también -esto lo hablamos permanentemente con el *staff* ministerial- los otros Poderes del Estado. Estando aquí en la casa del pueblo, en el Poder Legislativo, afirmo que ha habido una enorme dosis de responsabilidad de todos ustedes y de los partidos políticos en general. No queríamos dejar de decir que ha habido, desde el primer momento y desde todo punto de vista, una

contribución muy importante, sobre todo para mantenernos cohesionados todos los uruguayos.

Mientras vamos respondiendo las preguntas les pedimos que nos corrijan si alguna respuesta que damos no es la que esperaban, porque tal vez hayamos interpretado otras cosas. Vamos a intentar unirlas, y si ustedes disponen por razones de tiempo que alguna pregunta no sea contestada, nos comprometemos a responderlas en un plazo no mayor a veinticuatro horas con la directora de la División Epidemiología y la subdirectora general. En el día de mañana mismo les haremos llegar las respuestas.

Con respecto al número de testeos que preguntaba la señora diputada Etcheverry -que fue de lo primero que se habló; todos o casi todos los intervinientes nos han consultado sobre números-, vamos a hablar en forma muy sucinta ya que esto puede tener que ver, incluso, con algunas preguntas que se hicieron sobre capacidades, posibilidades diarias y demás. Yo dije durante la introducción que no existe la posibilidad de dar un número concreto sobre este tipo de temas porque es prácticamente imposible; sería como preguntarnos a cuántas personas en simultáneo podemos operar de apendicitis en el país. No lo podemos saber, pero las grandes líneas sí pueden estar. Al inicio de la pandemia estaba la capacidad de hacer algún centenar de test y ahora son varios miles. La diferencia es radical, pero lo que se busca no es un número, sino la noción de a qué se puede llegar

Voy a dar dos números, de ayer y de antes de ayer. Ayer hubo 3.698 determinaciones informadas con 149 positividades y antes de ayer, el día domingo, hubo 5.867 determinaciones informadas con 208 positivos. Cuando digo determinaciones informadas, por ejemplo el día domingo, no quiere decir que ese número sea de las que se realizaron ese día. Las determinaciones se realizan un día y tal vez el domingo, en esas 5.867, puede haber caído una cuya muestra se tomó el jueves. Puede haber viajado el viernes y haber quedado en la heladera -es decir, en los mecanismos de conservación que deben quedar en un laboratorio- realizándose en la noche del sábado e informándose el resultado a la División Epidemiología el día domingo. Esa es la secuencia bruta para entender que cuando se informa un número, no quiere decir que ese día se hayan realizado todas esas pruebas.

Mi amigo el señor diputado Gallo preguntaba la capacidad global que puede haber; si se puede llegar a los 15.000 por día. Obviamente, yo no tengo el número. Yo podría asegurar que el número 5.867 puede ser duplicado en un día, pero hoy, 1° de diciembre, no podría decir si se puede llegar a los 15.000. Tal vez no, o tal vez se supere. ¿Por qué digo tal vez no o tal vez se supere? Porque es imposible saber si un laboratorio con determinada capacidad puede hacer solo esos o puede, por ejemplo, poner un turno en otra hora. Hay laboratorios de prestadores que en las noches no realizan determinaciones o testeos que no se realicen a determinada hora; todo eso lo tenemos sobre la mesa. Concretamente, hoy podríamos duplicar el número 5.867, pero no me aventuro a decir que podríamos llegar a 15.000 o a 20.000. No puedo decir que no ni que sí, pero podemos ajustar todos los términos en los dos cuellos de botella. El primero, es la capacidad de tomar la muestra. Al principio, tuvimos un cuello de botella importante cuando en Europa y China, grandes proveedores, estaba transitando la pandemia y comenzaba también en los Estados Unidos, porque muchos países prácticamente cerraron sus fronteras para la salida de insumos. Hoy no estamos en esa situación. Vamos a hacer el imaginario de que tenemos una capacidad ilimitada de hisopos -material físico que Uruguay también ha producido- : un cuello de botella es la capacidad de recursos humanos y de disposiciones de las propias instituciones para salir y hacerle el hisopado a la persona a la que hay que hacérselo. Hemos trabajado intensamente en ese sentido. La semana pasada fue pública una reunión que se realizó en Torre Ejecutiva

entre muchos integrantes del Ministerio de Salud Pública, prestadores privados, gremios médicos, gremios de trabajadores de la salud, el propio presidente y demás, en la que se comenzaron a ajustar algunos términos. Ha habido reuniones sobre el final de la semana, hubo reuniones el lunes y hay una reunión en este momento. Obviamente, no podíamos suspender la venida a esta Comisión porque estábamos comprometidos con ustedes, pero la subdirectora y yo deberíamos estar en esa reunión que se está realizando ahora con directores técnicos de las instituciones públicas y privadas del interior y de Montevideo para poner números sobre la mesa. Particularmente se les solicitó a las instituciones que fueran con el número de test realizados hoy o ayer y el número de test pendientes. Acá creo que estoy respondiendo a algunas otras preguntas de varios de ustedes con respecto a los atrasos. Muchos de los actores, efectores del sistema sanitario, miembros del organismo rector o legisladores como ustedes, conocemos todo lo que nos han dicho, porque nos llegan las quejas. Nosotros tenemos un mecanismo para procesar esas quejas de modo que lleguen a nuestras reparticiones correspondientes y estamos pretendiendo ajustar esto. Ahora bien: debe haber insumos, capacidad en recursos humanos y laboratorial, las licitaciones deben tener cupos disponibles -de hecho, se han ampliado para la recepción del test- y el Estado debe estar dispuesto, como ya lo estuvo, a seguir abonando. Actualmente, todo esto que mencioné existe.

En estos días ha habido reuniones y, particularmente, hoy -les estoy diciendo algo que no está en ningún sitio: ni en la prensa ni en ningún otro lugar- se están ajustando estos aspectos. Cabe aclarar que la reunión que está ocurriendo hoy no es para ver qué medidas se tomarán en el futuro, sino mañana, pasado y traspasado, precisamente, por algo que aquí se ha dicho: porque en estos días se deben tomar medidas por si en algún momento la curva de la pandemia toma un giro, que Epidemiología nos dirá cuán preocupante puede ser. Lo cierto es que se está realizando una reunión.

También es público que dentro de aproximadamente una hora va a haber una reunión en la que participarán el presidente de la República, parte del Consejo de Ministros y asesores científicos. Allí van a estar nuestro ministro y subsecretario, con una serie de elementos que llevarán a esa mesa -que, obviamente, no podemos comentar- para adoptar algunas disposiciones inmediatas.

Esto es cuanto quería decir con respecto al número de test. Incluyo aquí -porque si no el tiempo no va a ser suficiente- algo que se preguntó al final. Si no me equivoco, los diputados Reisch y De Mattos preguntaron sobre el test LAMP. Se trata de un test mucho más rápido. Este método lleva más de veinte años en el país y sirve para la detección de muchas otras patologías. Este test se perfeccionó en el Instituto Pasteur y, hoy, está siendo utilizado en el hospital de Tacuarembó. Podría disponerse del test LAMP -este es uno de los elementos que está sobre la mesa- para algunos casos en los cuales sirve realizarlo. Creo la explicación en este sentido excede a esta reunión, porque el tiempo no nos alcanzaría; con la doctora Rosa podríamos hablar largamente de los test. La verdad es que no en todos los casos es aplicable: para medidas masivas no es aplicable, pero sí lo es en otros casos.

Por otra parte, el diputado Gallo y otras legisladoras se han referido a la existencia de algunos atrasos, por ejemplo, en las cirugías. En Tacuarembó este fue uno de los elementos fundamentales por los cuales rápidamente se incluyó el test LAMP. Recordemos que este es hospital neurálgico: es un centro neuroquirúrgico e, inclusive, de referencia quirúrgica. Y tenía un cuello de botella en este sentido. Desde hace muchos meses, el Ministerio de Salud Pública elaboró una recomendación para las cirugías de emergencia, de urgencia y coordinadas, pero todos sabemos que es bastante complejo proceder en las situaciones de urgencia. En las emergencias y urgencias hay que tratar a

todo paciente como si fuera un infectado, como dijo el diputado Gallo. Uno es médico de profesión, pero hace medicina y no cirugía. Así que imagino a mis colegas y al resto del personal de salud vistiéndose con esas ropas con las cuales es mucho más difícil efectuar la tarea que, además, son muy costosas para el sistema. Con el test LAMP, en cualquier tipo de emergencia o urgencia, en cuarenta y cinco minutos podemos conocer el estado del paciente. Si bien tiene una menor sensibilidad -es del 86%, es decir, unos diez puntos inferior al test de PCR común-, ofrece garantías. Por este motivo, se dispuso su utilización.

Además, podría ser uno de los métodos a utilizar para los ingresos en frontera. Digo "podría" porque todos estos asuntos están a estudio en carpeta. Recuerden que la semana pasada hubo muchas reuniones en la Torre Ejecutiva. Hubo una en la cual participamos nosotros; allí estuvieron todos los subsecretarios y directores generales del Consejo de Ministros hablando sobre las fronteras. Este tema viene madurando. Así que si la capacidad fuera acotada en miles y hubiera que usar este test, se usaría.

Con respecto a las fronteras, otro asunto que está en carpeta es la posibilidad de que exista una agenda electrónica para los ingresos. Me refiero a la consulta vía web, a agendarse para ingresar si se superara determinado aforo -que los científicos han determinado en algunos miles-, por encima del cual se saturaría el sistema de ingreso.

Continúo respondiendo las preguntas. Aclaro que tomo como guía las primeras preguntas de la diputada Etcheverry y las uno con las demás; después, ustedes me dirán cuáles quedaron sin contestar.

Se preguntó sobre las recomendaciones ante casos sospechosos, contactos y demás. Este es un tema sobre el que permanente nos consultan: todos los días nos llegan consultas sobre si un caso u otro. Las consultas llegan al Ministerio, a nuestro propio celular, a los colaboradores, a médicos diversos -obviamente, hablo del ámbito que nos rodea-, a la división Epidemiología, a Vigilancia y Control de Enfermedades, a la División Fiscalización, a Atención al Usuario, a los teléfonos comunes de nuestra cartera. Nos consultan sobre casos sospechosos y contactos, y sobre quién debe ser testeado, quién no debe ser testeado inicialmente, sino al séptimo día, luego de realizar los días de aislamiento.

En este sentido lo que debo decir es que las pautas están muy claras: han sido publicitadas y están en las páginas web. Las pautas le han llegado en tiempo y forma oportuna a todos los prestados públicos y privados del país, que son los que realizan las indicaciones.

En el Uruguay existen indicaciones de testeo por parte de los prestadores de salud públicos y privados y del Ministerio de Salud Pública, que muchas veces es consultado en este sentido. Si tenemos tiempo, la doctora Rosa les puede explicar cómo, ante consultas, vigilancia epidemiológica, indica si una persona entra en la definición de caso sospecho, de contacto o debe esperar y, luego, ser hisopada; al respecto, existe una trama que no es demasiado compleja. Entonces, como decía, tanto los prestadores de salud como la división Epidemiología pueden indicar la realización de un test, que podrá realizarse hoy, mañana o a los siete días.

También hay una indicación para los casos que ingresan desde el exterior. Hay una norma en este sentido: se establece la realización de un test, que ningún prestador de salud va a indicar, por lo que se debe hacer la persona. Menciono aquí las excepciones previstas en el Decreto N° 195/20, como las personas que ingresan con fines laborales transitorios por razones impostergables. Este es el caso, por ejemplo, de un ingeniero que viene a hacer andar una máquina que es imprescindible que funcione porque, de lo

contrario, la fábrica no puede trabajar. Estos casos son aprobados todos los días. Esa persona no ingresa dentro de los testeos indicados por médicos ni de los que sugiere Epidemiología; está en el grupo de testeo por una indicación normativa. Esa persona debe hacerse un testeo al ingreso -si no trae un test-, realizar la cuarentena y, al séptimo día, si no retorna a su país, debe realizarse otro testeo para salir de la cuarentena.

No sé si estoy siendo claro. Sé que estoy respondiendo todo a la vez.

Entonces, hay varios mecanismos de ingreso a los testeos. Queremos que sean cada vez mejores. Como dije, está la normativa, están las recomendaciones y está especificada claramente la forma. Sin embargo, lo que no vamos a poder evitar nunca son las múltiples consultas de personas que preguntan, por ejemplo: "¿Qué tengo que hacer yo, que soy el cuñado de la persona que estuvo en contacto con quien está en el CTI?". No podemos decir eso a cada uno de los tres millones y medio de uruguayos. No hay mayor seguridad que la información la tengan todos los prestadores de salud y esté en todas las páginas web, que sea hayan hecho las comunicaciones y que haya teléfonos disponibles -me consta que las compañeras de trabajo están todo el día atendiendo teléfonos y respondiendo estas consultas-, *call center*, una *app* y el número 0800 1919. Realmente, se escuchan sugerencias en este sentido, pero hay problemas que no vamos a poder resolver.

También se consultó sobre las medidas de cuarentena, que generan una pérdida de ingreso para las personas. Al respecto ha hablado mucho más que nosotros la Junta Nacional de Salud. Debe entenderse que, más allá de los cometidos específicos, en la pandemia algunos hemos tenido que cumplir otros roles. La Dirección General de la Salud ha querido estar encima de este tema, pero, humanamente, a veces no nos han dado las horas del día. Por eso, la Junta Nacional de Salud -en particular, su presidente- ha tomado el rol de interacción con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con el BPS que, además, integra la Junasa, al igual que el Ministerio de Economía y Finanzas. Sé que tanto mi amigo el diputado Gallo como la querida diputada Lústemberg -debido al rol que cumplió en el Ministerio de Salud-, conocen muy bien el funcionamiento. Lo cierto es que el presidente de la Junasa se ha convertido en el interlocutor con todos los demás organismos.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que este punto neurálgico es, a veces, parte del problema. ¿Por qué? Porque las personas nos dicen, por ejemplo, que no pueden estar siete días sin trabajar. A esto debemos agregar que algunos no están cubiertos por el BPS. Es decir que se agrega un problema: gran parte de la población del Uruguay es informal. Imaginemos que en una pareja conviviente hay un caso positivo: que esté enfermo o internado. A la otra persona, el médico o Epidemiología le van a indicar, por razones obvias, que debe cuarentenarse. Pero esa persona nos dice: "Yo no puedo cuarentenarme. Si no voy a la feria con mi cajón, no puedo comer". Entonces, como director general de la Salud realmente no tengo comentario respecto a cómo avanzar en este sentido. Somos conscientes de que el Poder Ejecutivo en su conjunto -acabo de nombrar ministerios y reparticiones- está preocupado por este problema y ha intentado darle una solución, que a veces no viene por el lado del BPS o del Ministerio y Trabajo y Seguridad Social, sino del Mides o de otros organismos.

Con respecto a los test cubiertos por el PIAS. Yo dije que el 1º de abril -tal vez fue el 2; me puede fallar la memoria- se determinó que todo test indicado según lo que establece la normativa fuera cubierto por el PIAS. Se nos hizo una consulta porque, al parecer, habría zonas grises con respecto a quién paga. Debo decir que no hay ningún gris. Los test indicados según la normativa correspondiente, los paga todos la cobertura que se da a los prestadores a través del PIAS. Tenemos las licitaciones hechas. Es decir

que ustedes pueden conocer quiénes son los adjudicatarios, es decir, quiénes los están realizando; yo no tengo esa información aquí. Por tanto, las instituciones, sobre todo, las del subsector privado, pueden enviar test para realizar en cualquiera de los licitantes, y los paga el fondo que los tiene que pagar: el fondo del Estado.

Sí hay -esto lo ato con otra pregunta; a esta altura no recuerdo bien quién la realizó- atrasos importantes en los pagos. Obviamente, estos retrasos no obedecen a la falta de voluntad de pagar. El gobierno ha sido más que claro en que desde el primer momento se enfocó en poder cubrir todas las aristas de la pandemia. La realidad es que los mecanismos burocráticos han hecho que haya sido un poco lento -por decirlo de algún modo- el desembolso del dinero correspondiente por parte del Ministerio de Economía. La semana pasada hubo reuniones por este motivo. Es más: en la reunión en Torre Ejecutiva a la que me referí, se fue muy claro por la Secretaría de Presidencia. Se dijo que ya estaba todo encarrilado para que en los próximos días se empezara a hacer efectivo el pago de gran parte de lo atrasado. Por eso es que hoy mismo hay una reunión con los directores técnicos. La intención es trasmitirles que en estos días se va a hacer efectivo gran parte del pago de los atrasos. No tengo autoridad ni conocimiento para decir cuánto de esos atrasos se pagará. Sí digo que si se está enfatizando ampliar la capacidad de testeo y laboratorial es porque va a haber capacidad de pago. Sobre este asunto, si ustedes lo consideran, podemos ampliar información de parte de la Junasa, del ministro o de quien fuera.

También se nos planteó la probabilidad de que esta tarea la realizara cualquier prestador; particularmente, se habló de la situación del interior. En realidad, nosotros hemos identificado que en el interior no es donde están los mayores problemas. Tal vez los haya en algunos lugares del interior pequeños o por otras razones, por ejemplo, por idiosincrasia. En el interior del país, hay entre veinte y treinta instituciones. Son muchas, teniendo en cuenta que el subsector privado tiene algo más de cuarenta instituciones. Todas son diferentes; ninguna funciona igual.

A nosotros nos preocupan las instituciones de Montevideo, sobre todo, las grandes; me refiero a la posibilidad de que el test lo pueda realizar cualquier prestador. Estoy en condiciones de trasmitir que se está conversando -y en el día de hoy esto podría definirse; fíjense que siempre hablo en condicional- sobre la posibilidad de realizar el test no en el prestador al que uno es afiliado, sino en otro. Esto es posible ya que si bien tenemos mecanismos de control bastante rígidos, son muy sencillos. Son rígidos porque tenemos muy claramente establecido y arriba de la mesa quiénes son los laboratorios que pueden realizar los estudios y sería muy sencillo que por listas de directores técnicos o de médicos habilitados el estudio se pudiera realizar en otros prestadores. Para el Ministerio de Salud Pública este no sería un problema. Sí tenemos que estudiar el tema porque hay que conjugar a algunos otros actores del Estado.

También se manifestó una inquietud relativa a si algo cambiará con respecto a los hisopados; no sé exactamente qué se quiso decir.

Ya manifesté que todo depende de que no haya dificultades con los insumos. Antes, hubo problemas en este sentido. Ahora, al parecer, según lo que nos dicen los proveedores de plaza, no habría problemas por la cantidad; esto no tiene por qué parecernos mentira. La realidad es que si no tenemos el hisopo, no podemos seguir adelante, así que algo tan banal como eso puede paralizarnos.

En definitiva, no habiendo problemas con los insumos y teniendo, como explicamos -no lo vamos a repetir-, la posibilidad de hisopar a la mayor cantidad de los indicados de diversa formas, no tenemos por qué cambiar los mecanismos. La verdad es que son bastante claros los mecanismos de indicación y de vigilancia para el testeo, el aislamiento

y las cuarentenas de las personas. Hace un mes -me podrá corregir la directora de la división Epidemiología- la Digesa emitió una nueva definición de los casos sospechosos a testear, que es muy amplia.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Doctor Asqueta: mi duda puntual tiene que ver con la situación coyuntural de hoy. Me quedan claros los protocolos y las indicaciones; no tengo dudas en ese sentido.

Se habló de una reunión con los prestadores. En cuanto al número de test y a la cantidad de test pendientes, yo puedo hacer un ranking de instituciones. Sé cuáles son las instituciones que pueden tener demora. Esto me llama la atención; inclusive, lo he hablado con algunos directores técnicos.

Lo que pregunto es: hoy, ante el número de casos diarios que estamos teniendo y la incidencia acumulada en algunos departamentos -según la medición europea y de Harvard-, ¿cómo nos estamos manejando? ¿El Ministerio está fiscalizando?

Me parece que se está utilizando la misma estrategia del inicio o de antes de los primeros días de noviembre. Hoy, ¿qué fortalecimiento en recursos humanos existe? Esto es importante porque se agotan. Como usted decía, conocemos perfectamente cómo es el funcionamiento y cuál es la entrega de los funcionarios que trabajan en Epidemiología y en las direcciones departamentales.

Hoy, estamos ante una situación en la que no hay que perder la capacidad de rastreo. No quiero ser alarmista en este sentido, pero ojalá el gobierno tome algunas medidas que puedan mejorar la estrategia de comunicación. Cuando analizamos los grupos etarios vemos que la mayor incidencia está entre veinticinco y cincuenta y cuatro años, así que es necesario hacer ajustes

Entonces, concretamente, ante esta situación, ¿tenemos refuerzos de recursos humanos? ¿Cómo es la gestión de los hisopados, la fiscalización del MSP?

Creo que si aumenta notoriamente la cantidad de casos, el control de brotes y el testeo se nos van a ir de las manos. Además, como se dijo, hay otros factores a tener en cuenta, como el trabajo informal. En definitiva, toda la vida real es la que lleva al riesgo que hoy tenemos de tener una trasmisión comunitaria. Ahí es donde la estrategia colinda con los problemas más estructurales que tenemos. Digo esto porque, después, vamos a tener que decir cómo se encaran todas las patologías crónicas.

Entonces, esa es mi duda. Tiene que ver con la situación al día de hoy, no con la parte material de los hisopados.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA (Miguel).- He entendido correctamente la pregunta. Voy a atarla con otras interrogantes que se hicieron sobre la fiscalización.

Tengo aquí algo que, por regla general, no solo no lo voy a dejar, sino que no se los puedo enviar. Se trata de documentos internos del Ministerio de Salud Pública, que son sensibles. Son tres informes de fiscalización de tres instituciones; cada uno pertenece a una institución determinada.

El Ministerio de Salud Pública ha enfatizado su acción en este sentido, sobre todo en el último mes, cuando vimos que esta situación podía tener algún cambio. Es claro que si todos los días uno hace siempre lo mismo y en algún momento algo cambia, tal vez haya que hacer algo diferente. Una de las tareas que hubo que hacer diferente fue la fiscalización. Advierto que para fiscalizar nosotros disponemos del personal que tenía el Ministerio de Salud Pública.

Ha sido muy manido el aumento de los llamados rastreadores o buscadores. Tenemos los números y podemos hablar de ellos, pero ustedes saben que al día de hoy superan el centenar. Al inicio de la pandemia había alguna decena, que era el personal estable del Ministerio, pero hoy superan largamente el centenar, mediante convenios y demás, y todavía puede haber nuevas estrategias de vigilancia que nos permitan poner la cantidad que queramos, según lo que nos aconsejen los asesores y los expertos.

En fiscalización hay un problema un poquito diferente, porque yo para rastrear puedo hacer un convenio y si viene una persona en cuyo currículum figura una mínima capacitación para hacer el trabajo, la División Epidemiología la puede capacitar en no más de dos, cuatro, o cinco días para que pueda cumplir en forma eficaz los procesos de vigilancia que determinen esas autoridades. Pero la fiscalización es diferente. Todos aquí sabemos -muchos de ustedes han participado del gobierno y conocen las responsabilidades que tiene el Estado- que en un organismo como un ministerio no podemos hacer un convenio con otras instituciones para rápidamente disponer que las personas tengan las capacidades y competencias del funcionario público para hacer fiscalización. Pueden hacerse algunas tareas o realizarse actividades intersectoriales con otros ministerios en áreas que pueden ser de competencia compartida. De hecho -tal vez no podamos hablar hoy de este tema-, en lo que hace a la movilidad y a los lugares donde hay emergencia de brotes hay competencias compartidas con las intendencias y con los ministerio del Interior, de Defensa Nacional -especialmente en las fronteras- y con el de Trabajo y Seguridad Social, que en estos días ha publicado un informe que demuestra que el 60% de los trabajadores no cumple bien los protocolos, lo que resulta muy preocupante.

Quisiera leer casi textualmente dos o tres renglones de un informe que, obviamente, no va individualizar de ninguna forma a la institución que lo realizó, que en pocos días -diría que en horas- pasó de una fiscalización en la que nosotros advertimos un problema de retraso importante a tener en su laboratorio general veinticuatro horas de recepción de muestras. Tal como dije, no todos los laboratorios de todos los prestadores reciben muestras las veinticuatro horas. En este lugar, donde había un problema, ahora se reciben muestras las veinticuatro horas del día, con un laboratorio de biología molecular en ampliación y con la adquisición de un nuevo equipo. Se trata de una institución de importante porte que para procesar más muestras va a adquirir un nuevo equipo. En este sentido, queremos decir algo que ha sido el norte: el gobierno, y particularmente el Estado, ha tenido que asistir a instituciones públicas y privadas, así como a personas en este tema, pero entre todos tenemos que hacernos cargo de alguna parte de la pandemia que nos corresponde. Por tanto, creemos que los prestadores tienen que tomar determinaciones con sus afiliados, por lo menos, y aquí tenemos un ejemplo donde no solo hay una institución que está adquiriendo un nuevo equipo, cambia un poco su manera de trabajar y pone en funcionamiento un turno de la noche para realizar hisopados -lo que no hacía; recibía muestras, pero no realizaba hisopados en la noche-, sino que además incorpora más servicios de atención domiciliaria para ir a tomar las muestras y también realiza algo acerca de lo que nos preguntaba el diputado Gallo, que es la derivación a un laboratorio que no es el de su institución. La institución a la que me estoy refiriendo tiene su laboratorio propio, pero hace derivación a un laboratorio privado para el procesamiento de muestras de usuarios ambulatorios, lo que es una excelente decisión. Procesa las de aquellos pacientes que van a la consulta, que están en los servicios de emergencia, o a los cuales se fue a ver, pero realiza la derivación de aquellos otros que tienen algunas indicaciones por las que muchas veces tenemos atrasos, por contactos o por consultas ambulatorias no urgentes y demás. Esto quiso ser el ejemplo de algo que hicimos: se enfatizó la fiscalización, esta encontró cosas que no

estaban bien, el Ministerio ha recalcado permanentemente, en estas últimas dos semanas, que tenemos que hacer las cosas de manera diferente, y ya las instituciones nos han comunicado actuaciones diferentes. Y aclaro que por estar aquí puedo no estar enterándome de temas de los que se pueda estar hablando a esta misma hora en el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Hemos escuchado con mucha atención, y muchas de las explicaciones han sido muy claras.

Quiero aclarar que cuando me refiero al tema de la fiscalización concretamente aludo a las fiscalizaciones en las instituciones de asistencia médica públicas y privadas. En determinado momento, en estos meses de pandemia, al ingresar a las instituciones tomaban la temperatura y hacían poner alcohol en las manos. Sin embargo, ahora que tenemos brotes y estamos preocupados no lo hacen. Cuando precisábamos tapabocas N95 había en todas las instituciones, pero ahora, cuando crecen los brotes, no los tenemos o no los conseguimos en algunas instituciones. Cito ejemplos que yo viví. Esa parte de la fiscalización es la que a mí me preocupa.

SEÑORA REPRESENTANTE GALÁN (Lilián).- Pedí la palabra porque me preocupa que al día de hoy -tal como lo dijo la diputada Lustemberg- en este ámbito de trabajo haya sesenta casos que estaban encuarentenados esperando el hisopado. Se le ha preguntado a algunas personas que conocemos cómo estaban y si se encontraban en cuarentena, pero han ingresado a trabajar y dicen que suponen que están esperando el hisopado. Pero se les ha permitido el ingreso a este lugar, que es su ámbito de trabajo, y si la gente tiene la duda acerca de si va a cobrar o no su salario va a venir a trabajar. Se supone que están esperando el hisopado, pero como realmente no se sabe si es así o no y si no asisten no cobran el día, aunque tienen la duda están trabajando. Lo quiero decir porque es algo que nos preocupa mucho y está pasando precisamente en este ámbito de trabajo.

SEÑORA PRESIDENTA.- De todas formas, considero que como Comisión podríamos consultar acerca de este tema al Servicio Médico para saber si es así. Lo digo porque sabemos lo que generan los rumores, ya que cuando sucedió lo relacionado con la diputada Nibia Reisch se decía que había cuarenta personas del cuarto piso en cuarentena y no era cierto. Sería bueno que pudiéramos sacarnos las dudas acerca de si eso es así o se trata de rumores.

SEÑORA REPRESENTANTE GALÁN (Lilián).- Estoy de acuerdo, pero el presidente Lema salió a la prensa a decir eso.

SEÑORA PRESIDENTA.- No lo vimos, pero reitero que tal vez sería bueno que como Comisión hiciéramos las consultas en el ámbito que corresponde.

Antes de que el doctor Asqueta finalice sus respuestas quisiera hacer un recuento de lo que tenía anotado que estaría faltando, porque tenemos muchos temas para tratar y realmente no sabemos si va a ser posible.

La situación de la vacuna era una de las preguntas que me había quedado pendiente. Otra tenía que ver con la impresión clínica el virus, lo que mencionó el diputado Gallo, en cuanto a si la mortalidad había avanzado o no, o si se había detectado una mutación en nuestro país, tal como se ha dicho en la prensa que sucedió en el resto del mundo.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA (Miguel).- Con respecto a lo que acaba expresar la señora diputada Galán, si nos hacen llegar el caso podríamos dar una respuesta puntual acerca de si se están haciendo o no hisopados. No tengo otro comentario para hacer,

sino que todos los protocolos existen, han sido ampliamente difundidos y hay responsabilidad por el cumplimiento. Eso está claramente establecido. Como no conocemos el caso no podemos hacer comentarios, pero por supuesto estamos dispuestos a responder.

El diputado Gallo se refirió a la parte final de la respuesta relativa a la fiscalización, lo que a nosotros también nos preocupa mucho. Hubo importantes defectos que se constataron. Recuerdo que a mitad del mes de julio hubo una institución muy importante de Montevideo en la que surgió un gran brote y como a raíz de esa situación se comenzó a enfatizar en algunos puntos que nos empezaron a preocupar acerca de cómo podía haber comenzado ese brote salimos a fiscalizar a todas las instituciones y encontramos importantes defectos en el cumplimiento de los protocolos. Pero lo que nos preocupa de las instituciones de salud, y nos preocupó mucho en su momento -no puedo decir que me preocupaba; no tengo los datos de hoy; los últimos informes de fiscalización, que son periódicos, no los tengo-, era lo relativo al *Protocolo de condiciones y medio ambiente de trabajo. Medidas de protección del equipo de salud y usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud,* que es una recomendación que tiene 47 páginas, realizada por diversos estamentos del Ministerio de Salud Pública, por diferentes reparticiones, y por el comité de expertos, que tiene unas medidas generales muy claras, y dispone claramente lo que se debe hacer. Particularmente estaba dirigido al equipo de salud y a los usuarios, es decir, al equipo sanitario que comprende a todos los que trabajan en el ámbito de la salud, más los usuarios, porque creíamos que era indisoluble el tema de cómo cuidar a los trabajadores de toda la salud, que están en una interacción imprescindible con el usuario, a quien no iban a dejar de asistir. Alguien puede dejar de ir a una zapatería a comprar zapatos, y aunque el protocolo establece cómo se debe manejar esa gente, si no entra nadie no va a haber problema. Sin embargo, en el sistema de salud siempre va estar entrando el usuario por una razón natural. Por eso realizamos un protocolo en conjunto, y en un anexo largo, de muchas páginas -comienza en la 28 y tiene hasta la 47- figuraban los equipos de protección personal recomendados para atención de pacientes con covid- 19 o trabajadores, según la configuración, el personal y el tipo actividad, y había una larguísima lista según el servicio, el personal y el tipo de actividad, que explicaba qué tipo de protección personal o procedimiento debía tener el trabajador. Esto figura en la página web bajo el título que mencioné, pero lo tienen todos los todos los prestadores y coincido con el diputado Gallo en que no se cumplió y probablemente -digo "probablemente" porque yo no soy fiscalizador- no se cumpla a cabalidad ni siquiera el día de hoy, aunque es algo que nuestra División Fiscalización enfatiza siempre.

La señora presidenta se refería a dos temas claves, uno de los cuales deriva de la presunción de que el virus esté actuando de una forma diferente hoy. La directora de la División Epidemiología, doctora Rosa, dijo algo al respecto en su intervención, y le voy a pedir que nuevamente haga alguna apreciación en este sentido, citando cifras. Y como también ha cambiado el grupo de edades y el número total, le pediría que se refiriera a este tema.

Por otra parte, está el tema de las vacunas. Se preguntó si había alguna novedad en ese sentido, respecto a lo que también pediría que hiciera uso de la palabra la directora de la División Epidemiología, que es parte interviniente de un grupo que tiene expertos del Ministerio de Salud Pública -de los cuales ella es una-, expertos independientes, y algunos integrantes del grupo GACH, que permanentemente evalúa y monitorea el tema de las diversas vacunas, primero en cuanto a las capacidades que puedan tener de ser seguras, eficaces y disponibles, las producciones, y todos los demás mecanismos comerciales, aunque creo que no es lo que se está preguntando, porque Uruguay ya se asegura tener sus vacunas debido a que hemos adherido a un mecanismo por el cual las

vamos a tener disponibles. Por tanto, le pediría a la doctora Rosa que hiciera alguna presión acerca de las opiniones que se vertieron aquí acerca del virus, su probable cambio o no en el genio epidemiológico, mientras está transcurriendo la epidemia, y alguna consideración acerca de las vacunas.

SEÑORA ROSA (Raquel).- Muy brevemente, quisiera comentar que con respecto al aumento de la virulencia en el país no se ha demostrado que eso esté ocurriendo, sino que simplemente es un tema de números: cuanto mayor probabilidad y mayor cantidad de personas que se infectan con el virus siempre existe una mayor probabilidad de que aparezcan algunos casos con una evolución algo más tórpida, con la misma proporción que desde el inicio. Es decir que no hemos visto un cambio en el genio evolutivo viral. Simplemente, se observa que la mayor circulación ocurre en el rango de población que se mencionó, que es joven, que no está exenta de tener alguno de los riesgos que en general siempre están presentes, porque el 80% o el 90% de los casos tienen algún tipo de comorbilidad; dentro de las más frecuentes están las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, que muchas veces están vinculadas a las personas jóvenes. No han sido muchas; de hecho, ha habido dos personas internadas en estos días, pero no han presentado una mala evolución, sino que están evolucionando favorablemente. Eso es lo que podemos decir con respecto a las personas que están internadas.

En cuanto a la vacuna, como decía el director general, el Ministerio ya tiene un grupo que es asesor de ministros para inmunizaciones, que funciona desde hace muchísimos años, y a su vez conformó un grupo de trabajo de expertos en el que intentamos coordinar con el grupo de expertos del GACH, para que hubiese una sola voz sobre las vacunas, porque es un tema sumamente importante, que genera dudas en la población. De esta manera, podemos brindar a las autoridades la mejor información acerca de las vacunas existentes.

Quisiera comentarles que Uruguay ya ha adherido a un mecanismo, que es Covax, de acceso a vacunas, que tiene un portafolio de nueve vacunas que están en distintas fases de aprobación; algunas ya están en fase 3, mientras que otras se encuentran menos evolucionadas. Dentro de ese portafolio la mayoría de los países se han incorporado como si se tratara de la compra en el pozo: es decir que se hace una erogación de dinero por un porcentaje de vacunas que garantiza el acceso al país al que se le dificulta la negociación directa. Ese es el mecanismo de acceso.

Por otro lado, como mecanismo de estudio de las propias vacunas que pudieran estar disponibles en este momento, este grupo está haciendo un análisis muy pormenorizado de todas las que están en plaza. Hasta el momento no hay ninguna disponible ni probada. Hay mucha información de prensa, pero poca información científica comprobada, por lo cual nosotros estamos teniendo en este momento, junto con el ministro, el director general y el equipo de inmunizaciones, reuniones con cada uno de los laboratorios que tienen vacunas en proceso para poder conocer de primera mano cuál es la realidad, y no por versiones de prensa, que es lo que está ocurriendo al día de hoy. Por cierto, no está descartada la posibilidad de realizar alguna compra bilateral, si fuera necesario. Se están explorando todas las posibilidades y se está trabajando intensamente, pero debemos decirles que por el momento no hay ninguna promisoria cercana -como se puede pensar-, por lo menos hasta mediados del año que viene.

Han trascendido versiones en cuanto a que Argentina comenzaría a vacunar en marzo del próximo año, pero en principio eso no es así, y estamos trabajando muy mano a mano para poder tener la mayor seguridad posible frente a las que se ofrecen. Las dos que supuestamente estarían en carrera inicialmente serían la vacuna de Pfizer y la de Moderna, que tienen un mecanismo de acción innovador; implican tecnologías nuevas,

por lo cual tampoco serían las primeras que en este grupo de expertos preferiríamos tener para la población, porque es un mecanismo que aún no está probado del todo.

De manera que les trasmitimos que estamos siendo muy serios a la hora de analizar este tema para tratar de hacer las recomendaciones. Por supuesto que no se toman las decisiones, sino que simplemente se hacen recomendaciones; las decisiones serán tomadas en los ámbitos que corresponda, pero sí vamos a tener datos para poder proporcionar acerca de cada una de estas vacunas.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quisiera hacer una pregunta concreta, aunque tal vez haya sido yo quien no tuvo capacidad de análisis.

Leí con detenimiento el último informe y quisiera saber qué contestar cuando se nos pregunta lo que mencionó el diputado Gallo en cuanto a si aumentaron los pacientes. Es clara la incidencia acumulada por grupo etario y cómo aumenta entre los 25 y los 64 años -lo que figura en la tabla-, pero quisiera saber qué contestar si se nos pregunta al respecto. Ya sabemos que el porcentaje de pacientes que están internados es bajo, porque el 94% no requiere internación ni cuidados moderados, y un bajo porcentaje está requiriendo CTI, pero quisiéramos saber si desde los primeros días de noviembre el grupo etario de pacientes más jóvenes ha tenido mayor incidencia. Eso es lo que a veces nos preguntan y querríamos saber qué responder.

(Interrupciones)

——Por tanto, realizo esta pregunta ya que tenemos gente privilegiada que nos puede aclarar la lectura para no incurrir en errores, ya que lo que más me preocupa es que tengamos información adecuada y unánime en los temas que pueden generar incertidumbre.

SEÑORA ROSA (Raquel).- En los últimos días hubo dos internaciones de personas menores de treinta años, que están en buenas condiciones. Eso está vinculado a algún tipo de comorbilidad, que muchas veces no surge porque puede ser obesidad, que es lo que frecuentemente se asocia. La morbilidad grave siempre está vinculada a mayor edad; prácticamente el 70% o el 80% son personas mayores de sesenta años con comorbilidades. Eso se ha visto en forma unánime hasta este momento. Por supuesto que nosotros mantenemos una vigilancia estricta y ahora, con la movilidad que existe, tenemos especial mirada a los casos internados y por supuesto en los casos graves, porque es el problema que tiene este tipo de virus que no mata de por sí, sino que genera una saturación del sistema de salud que pone en riesgo la atención inicial. Así que lo estamos vigilando y no ha aumentado en números de acuerdo a lo que veníamos viendo. Hasta ayer había cuarenta personas internadas en cuidados moderados y comunes, catorce en cuidados intensivos -si mal no recuerdo- y solamente dos son más jóvenes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Valoramos mucho la información de primera mano con respecto a las vacunas porque es preocupante la sensación errónea que tiene la gente de que en marzo vamos a estar todos vacunados. Para nosotros es importante poder transmitir que es serio no cumplir con las normas sanitarias establecidas porque eso no está a la vuelta de la esquina. Así que muchas gracias por esa aclaración.

SEÑOR ASQUETA (Miguel).- Después de que el diputado Gallo hizo los comentarios sobre fiscalización, dijimos que no habíamos terminado de responder la pregunta y la señora presidenta hizo una referencia a temas de tiempo y enfatizó dos asuntos importantes como el de las vacunas y la evolución del virus, y había alguna otras consideración. Entendimos que eran las últimas preguntas que nos habían hecho, pero por supuesto que puede ver algunas otras que no hayamos respondido.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Voy a leer la versión taquigráfica, porque siento que algunas cuestiones han sido contestadas y otras no. En algunas respuestas no coincido, sobre todo lo vinculado a la situación de la licencia, la cobertura y tratar de evitar la pérdida de jornales o salario de los trabajadores. Estamos hablando de trabajadores formales y hay mecanismos de parte del gobierno para tomar medidas, pero entendemos que todavía hay una zona gris.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tengo la misma inquietud.

El doctor Asqueta nos dijo que no es a ellos a quienes les tenemos que hacer la consulta. A mí me gustaría citar a la Junasa y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por ese asunto, porque es grave. Pido disculpas por este paréntesis, pero me parece necesario porque es una duda que tenemos todos y las autoridades que están presentes no son las que nos pueden dar la respuesta que necesitamos.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Está perfecta la aclaración.

Parto de la base de que el organismo rector en políticas de salud es el Ministerio de Salud Público y entiendo que en un marco de pandemia no deberían existir los compartimentos. No obstante, sin duda hay especificidades y comparto cien por ciento lo que planteó la presidenta en cuanto a convocar a la Junasa, pero también aclaro lo que pregunté hace un rato en cuanto a cuál es su rol con respecto a los prestadores y a compartir el análisis específico de la pandemia. Pasó bastante tiempo en el que la Junasa no pudo reunirse -lo dijo acá en su momento el presidente- pero hoy, en esta situación -lo pregunte hace un rato y lo podrán verificar la versión taquigráfica-, me gustaría saber si hay un espacio específico vinculado al abordaje de la pandemia con los prestadores. También están las zonas grises respecto de la pauta del 26 de octubre, que por lo visto va a cambiar; y ahora en la prensa apareció una modificación. En ese sentido, me gustaría poder estar al tanto.

Asimismo, insisto con lo mismo que consultaba hoy la diputada Reisch con respecto a las campañas de comunicación de bien público. Si aquí en este espacio, que estamos un poquito más cerca de algunos temas, se agradece clarificar la información, imagínense cómo se necesita eso en la población, porque además hay quienes tienen acceso a redes y quienes no, que es una característica a tener en cuenta. Quizás no escuché, pero lo quiero dejar sentado en la eventualidad de que podamos tenerlo. Para mí es fundamental saber cuáles son los escenarios que desde el punto de vista epidemiológico el Ministerio está definiendo o estimando que puedan constituirse, y qué medidas van a tomar si la tendencia sigue siendo incremental. Eso no lo escuché; lo mismo que con los grupos específicos respecto de los residenciales. No estoy solicitando que se responda ahora, dado que tenemos poco tiempo, pero son cuestiones que para mí estaban dentro de las prioridades porque además entiendo que este es el lugar, y soy de sostener "en la pulpería lo que digo en la comisaría". Eso quiero manifestarlo, aunque no significa el no reconocimiento del esfuerzo y el buen manejo de todos los dispositivos y del sistema de salud; sin embargo, me parece que este es el espacio para poder intercambiar.

SEÑOR ASQUETA (Miguel).- Hay dos cuestiones clave, porque es verdad que no se ha hecho referencia a la comunicación.

Cuando nos referimos a la situación de muchas personas cuarentenadas y toda la dificultad que hay con los salarios, creo haber escuchado recién que la diputada Etcheverry dijo que o no estoy de acuerdo o difiero. No es que esté en desacuerdo ni difiera; creo que no hay dos posiciones y lo que dijimos fue que no teníamos toda la

información. En ese sentido, quiero precisar que coincidimos en cuanto a que no hay compartimientos en medio de una pandemia; lo que hay son especificidades, tomo la palabra que utilizó la diputada Etcheverry. Por supuesto que hay especificidades y nosotros consideramos que algunas no deberían estar en la órbita de la Dirección General de la Salud, porque en pandemia hay seres humanos trabajando atrás; y los seres humanos que están en planillas y que cumplen determinados roles no siempre alcanzan. Además, como lo dije para la fiscalización lo digo también para todas las áreas técnicas del Ministerio: muchas veces, los cuatro que estamos acá sentados, más todos los compañeros que integran la Digesa, nos hemos multiplicado para cumplir roles que tal vez ni soñábamos hace un mes. Hay gente que es de un área técnica y está trabajando en otras, haciendo protocolos, revisando y demás porque las pandemias alteran todo. Alteran la vida del universo, del mundo, del país y las instituciones. Entonces, que no se tenga aquí los datos para realizar comentarios fundamentados sobre la situación de muchas personas, sobre todo las asalariadas, prestatarias del BPS y demás, que deben tener cobertura -coincido en que el Estado debe tener instrumentos para resolver algunas cuestiones- no nos debe enojar ni molestar, porque hay otras autoridades del Ministerio o el propio ministro que los podrían traer aquí si los legisladores lo consideran pertinente.

Se hizo referencia a la comunicación y mi coterránea y amiga, la diputada Reisch mencionó que es muy importante ajustar los mensajes, llegar a los jóvenes y usar referentes o *influencers*. El Ministerio de Salud Pública tuvo un giro en su departamento de comunicaciones, que consideramos que lo profesionalizó y le dio una impronta para las actividades comunes del Ministerio, pero a los trece días tuvo que enfocarse en comunicación de crisis por la pandemia; también pasó eso con la Presidencia la República y con todo el gobierno en general. Más allá de que no soy el que decide ni soy experto sobre si la comunicación es buena, mala, linda, fea o es la que se debe o no se debe hacer, lo que tenemos que entender en base a lo que acabo de decir con la respuesta anterior, es que en pandemia es probable que algunos manuales se nos quemen, se nos rompan o no sean los adecuados. Yo me lo planteado muchas veces, y hablo en primera persona porque es lo que a veces tenemos que bajar como directriz en los diversos estamentos. Cuando hablamos de llegar a ciertos grupos, es claro que los expertos en comunicaciones deben tener los mecanismos para ver cómo llegar, pero puedo asegurar que no es sencillo. Es difícil cuando hacemos un discurso y nos referimos a fulano o mengano, ya sean personas individuales o pertenecientes a determinados grupos por edad, por actividades, por intereses culturales, religiosos o deportivos -los grupos son diversos y los expertos en esto lo saben muy bien-, y no se hace ni por generación espontánea ni en forma honoraria, sino que las campañas multimedia tienen un costo muy importante. Y aunque el Ministerio Salud Pública y el Estado en general ha dicho que no va a escatimar inversiones, todos sabemos muy bien que el país ha tenido que redirigir recursos. Muchas veces nos hemos enfrentado a problemas enormes en los costos. Eso nos pasa en el Ministerio de Salud Pública y lo hemos hablado muchas veces con la subdirectora y con el departamento de comunicaciones en el sentido de que deberíamos hacer comunicaciones específicas y campañas para todas las personas, no para el residente de un establecimiento de larga estadía para adultos mayores, sino para todos los que interaccionan con el adulto mayor para saber cómo hacer y cómo comportarse. Otros nos dicen que debemos interactuar con determinados tramos etarios, por ejemplo los jóvenes, los que no están escolarizados ni en determinados grupos laborales y demás -porque un porcentaje importante de la población no estudia ni trabaja y tiene determinados comportamientos- ; podría seguir una larguísima lista. Puedo asegurar que si quisiéramos hacer campañas profesionales y adecuadas en multimedia de la forma que los expertos digan, no sé de dónde deberían provenir los recursos.

La diputada Reisch me acota si pueden ser campañas de bien público. Se han buscado muchos mecanismos que están sobre la mesa y no dudo que ahora en minutos, en la reunión de los ministros en Torre Ejecutiva, se vayan a discutir algunas estrategias; seguramente, se va a manejar alguna estrategia publicitaria, pero estoy convencido de que todo nos va a parecer poco porque sabemos que es realmente difícil llegar a todos al mismo tiempo y con diferente mensajes.

Quiero decir algo de lo que estamos convencidos. Habrá que hacer campaña multimedia para algunos bolsones que, por lo que ha salido en los últimos días en la prensa y lo que piensa la opinión pública general, parecería que se comportan de determinadas formas que podrían cambiar el rumbo de la epidemia. Si tuviéramos más tiempo para hablar de comportamiento, de brotes y demás -si quieren un día venimos con epidemiología y vigilancia-, podríamos demostrar que muchísimos de los brotes detectados y que no han movido un poco el hilo epidemiológico están en algunos bolsones donde las personas no están reunidas por allá en alguna plaza realizando actividades, sino que están adentro de un trabajo o de la familia. Esto quiere decir que están realizando alguna de las actividades protocolizadas. Esto no es primicia; probablemente, luego va a haber informaciones de lo que pasó en Torre Ejecutiva. Una de las preocupaciones importantes del Ministerio de Salud Pública, que hoy se llevó a la reunión de Torre Ejecutiva, era que donde hay protocolos, se deben cumplir; muchos los cumplen, pero muchos otros no. Sería muy aventurado tirar porcentajes, pero presumimos que hay un porcentaje importante de seres humanos que trabajan, que estudian, que viven y que salen a realizar actividades culturales y una cantidad de cosas que se pueden hacer durante el día en lugares, en trabajos o en actividades que están protocolizadas y que no se cumplen los protocolos. Estamos convencidos de que gran parte del control -estoy hablando los próximos quince, veinte o treinta días- iría por ese lado, que es más sencillo, que no requiere campaña ni grandes inversiones, sino concientizar a quienes están dentro de un lugar laboral, educativo, deportivo, cultural o religioso. Por lo tanto, es más fácil llegar y trasmitir, y tal vez haya que enfatizar con fiscalizaciones, con la concientización y solicitando que las empresas hagan lo que tienen que hacer. Tal vez fue un poco extensa la respuesta, pero no todo es la comunicación global, sino que está la comunicación institucional de las propias empresas, que bueno sería que se enfatizara en estos próximos días.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Lo último que planteó el doctor Asqueta es muy pertinente, sobre todo, el trabajo con esos sectores en cuanto a comunicación.

La pregunta que formulé tiene que ver con los tres puntos de recomendación que hizo el GACH, que están colgados en la página web, que marcan el tipo de comunicación, el uso de los medios, las campañas de bien público, etcétera.

Compartimos que si se hiciera ese trabajo, el impacto sería potencialmente más positivo que las campañas, que igual suman.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quiero destacar la última intervención del doctor Asqueta, que es muy pertinente y compartible. Si cada uno de nosotros aplicáramos los protocolos en nuestros trabajos, seguramente, no hubiera habido este aumento.

En esta Casa, la semana pasada más del 30% de los legisladores que estaban en sala no tenían colocado el tapabocas, a pesar de que el presidente de la Cámara insiste permanentemente con eso. Empezamos con máscaras y poco más que éramos astronautas, pero hoy más del 30% de los diputados no respeta el distanciamiento ni usa tapabocas. Ahí está la primera explicación. Eso es increíble, y nos preguntamos por qué

se disparó. Si en nuestro lugar de trabajo, que es donde hacemos las normas, no respetamos los protocolos, qué podemos esperar de la población en general.

Digo esto porque me parece muy pertinente lo que manifestó el doctor Asqueta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Para continuar, propongo que las autoridades nos hagan una devolución de los tres proyectos que tenemos a estudio porque no vamos a tener tiempo de tener un ida y vuelta en cada uno de los asuntos, puesto que hoy hay sesión de plenario. Va a quedar todo en la versión taquigráfica y en la próxima reunión de la Comisión podremos hacer la discusión correspondiente.

(Apoyados)

——Entonces, vamos a hacer esta etapa sin ninguna interrupción.

En primer lugar, tenemos el proyecto que refiere a habitantes y residentes del país diagnosticados con covid- 19.

SEÑOR ASQUETA (Miguel).- Hemos recibido tres proyectos de ley que, en primera instancia, fueron revisados por algunos asesores técnicos y jurídicos del Ministerio. Como bien dijo la señora presidenta, quizá sea bueno dejar algunas impresiones generales al respecto. Dado el tiempo transcurrido y la época de pandemia, si se quiere profundizar en cualquiera de los puntos planteados hoy, estaríamos dispuestos a concurrir con asesores jurídicos o expertos en ciertos temas. En cuanto a las iniciativas referidas a la telemedicina y a los medicamentos, podrían recibir la opinión de expertos en la materia.

Con respecto al proyecto de ley titulado "Habitantes y residentes del país diagnosticados con covid- 19. (Se establecen medidas sanitarias)", vamos a dejarles algunos comentarios artículo por artículo.

En cuanto al primer inciso del artículo 1º -con todo lo que ha significado el devenir de la pandemia-, debo decir lo siguiente. Allí se establece que se disponga como obligatorio el aislamiento social para todos los habitantes y residentes del país y quienes se encuentren en él en forma transitoria, que hayan sido diagnosticados con covid- 19 o que hayan sido o se encontraran aguardando el resultado. En este primer párrafo está la definición de parte del problema, es decir, disponer el aislamiento social. Nosotros consideramos que un proyecto de ley de este tipo debería definir claramente qué es el aislamiento social. Sucede que el aislamiento social no es un parámetro que venga definido científica o académicamente. Fíjense que hasta los léxicos que usamos los integrantes del gobierno son diferentes. Se trata de un tema de fondo, pero discutible por el lado filosófico o ideológico. Si no se define claramente, es probable que luego no se sepa bien a dónde se quiere apuntar. Debería definirse con un criterio técnico y científico.

Además, en ese primer párrafo se define en forma taxativa quién debe guardar el aislamiento. Habla de habitantes o de residentes en el país y quienes se encuentren en él en forma transitoria que hayan sido diagnosticados con covid- 19 o se encuentren aguardando el resultado correspondiente, a fin de proteger la salud pública e integridad de toda la población. Se trata de una enumeración taxativa. A nuestro entender -y lo dicen nuestros asesores legales-, en una enumeración taxativa redactada de esa forma no están todos los que a criterio del Ministerio de Salud Pública deben guardar aislamiento social al día de hoy. Estamos dispuestos a trabajar al respecto porque no es hoy el día para comenzar a analizar el tema. Creo que es un trabajo que compete más a la Comisión. Está claro que en este primer párrafo quedan por fuera del aislamiento social que hoy disponen las diversas normativas algunas personas que no se enumeran aquí.

El segundo inciso, dice: "Cuando se disponga por la autoridad competente el aislamiento social obligatorio de un sujeto, y el mismo no contare con domicilio o

residencia, ni con los medios para acceder a una, deberá informarlo a la autoridad sanitaria correspondiente quien proporcionará las condiciones materiales y/o habitacionales para tal objetivo". Aquí se habla de la autoridad sanitaria. En tal sentido, lo que tiene para decir el Ministerio de Salud Pública es lo siguiente. ¿Es "proporcionará" el concepto que se debe utilizar? ¿Es el Ministerio de Salud Pública el que debe proporcionar las condiciones? Podrá discutirse la palabra, el sentido y lo que quiere decir.

Nosotros opinamos que el Ministerio de Salud Pública no tiene entre sus cometidos brindar una condición material o habitacional para alojar a una persona que en algunos casos no tenga la condición de enfermo ni de estar cursando ninguna patología. Según lo que dispone el primer inciso, van a quedar comprendidas, por ejemplo, aquellas personas que ingresen desde el extranjero como migrantes. Se trata de algo que Uruguay ha valorado en el concierto internacional y que ha puesto como norma. Todo aquel que traspone la frontera -puede ser un indocumentado o cualquier persona que no sabemos de dónde viene, que está desnuda o sin ropas- ingresa al Uruguay; no se la expulsa ni se la pone del otro lado de la frontera. Por lo tanto, esa persona -según nuestra normativa- estaría comprendida aquí. No es un presunto enfermo ni una persona que esté enferma; sin embargo, habrá que hacerle el estudio y esperar algunos días. Esa persona debe estar en algún centro de contingencia. En la frontera y en todos los departamentos hay centros de contingencia para ello. Si los cupos están cubiertos, se buscará lugar en otras zonas. Sucedió en nuestro departamento: personas de Rivera fueron a hoteles de Colonia. En ese caso, como la dirección de coordinación no tenía un lugar disponible en Rivera, la persona fue a un centro de contingencia en Colonia. También sucedió algo similar con camioneros que, cuando fueron detectados en otros departamentos y al no haber lugar disponible, fueron destinados a la ciudad de Tarariras porque un centro religioso puso a disposición su lugar como zona de contingencia.

Puse estos ejemplos porque no consideramos que sea el Ministerio el que deba proporcionar la condición material o habitacional. El Ministerio de Salud Pública debe ser el facilitador, como sucedió en estos casos; facilita que entre varios actores del Estado haya centros de contingencia, etcétera.

Muchas veces hacemos intervenir de oficio a ASSE en algunas circunstancias, siempre y cuando la persona sea un enfermo diagnosticado y se den cierto tipo de situaciones. ¿Será el Ministerio o el prestador público el que se encargue de alguien que ingrese del exterior desnudo, sin ropa o sin identificación? Si es diagnosticado como enfermo, ¿quién lo asiste en el Uruguay? Hoy sabemos que ASSE socorre a esta persona y que hay instrumentación de parte del gobierno para que ello suceda. No me voy a extender en más consideraciones, pero no creemos ajustada la palabra "proporcionará".

El párrafo tercero, dice: "El sujeto que habiendo informado la falta de medios para dar cumplimiento al aislamiento social, y que no haya recibido asistencia inmediata será inimputable". La consideración de nuestro departamento jurídico es que "inimputable" no es la palabra adecuada. Por más que haya discusiones, debo trasmitir que el Ministerio no considera adecuado que el término sea "inimputable". Tenemos una sugerencia de nuestro departamento jurídico: en primera instancia y como una herramienta de trabajo, dice que se podría hablar de una persona a quien no se le aplicará la pena. Eso no es lo mismo que decir que la persona sea inimputable. Todos sabemos que hay mecanismos eximentes para que no se apliquen las penas en determinadas circunstancias, y el actual Código Penal los tiene; no hay que modificarlo. Si lo consideran pertinente, los servicios jurídicos podrán asesorarlos al respecto. Reitero: no parece el término adecuado.

El artículo 2º habla de la modificación del artículo 224 del Código Penal y presenta una nueva redacción. En cuanto a su primer inciso, queremos hacer algunos comentarios.

En primer lugar, la primera frase tiene un agregado con respecto a la redacción original que podría ser estéril. Podría hablarse del que violare las disposiciones sanitarias y no del que violare las medidas de aislamiento, confinamiento o cuarentena dispuestas a nivel legal o reglamentario, así como las disposiciones sanitarias dictadas y publicadas por la autoridad competente. En tal sentido, los asesores jurídicos del Ministerio nos trasmiten que tal vez en "el que violare las disposiciones sanitarias" va intrínseco que el aislamiento, confinamiento o cuarentena dispuesta son disposiciones sanitarias del Estado uruguayo. Por lo tanto, las estaría violando aunque no las pusiéramos a texto expreso. Entonces, estamos de acuerdo con que se hable de violar disposiciones sanitarias y que el artículo 224 tiene una enorme importancia.

En segundo término -a modo de segundo comentario de este primer inciso-, establecer daño a la salud o lesión efectiva es un mecanismo de amplísima discusión. Lo que nos han dicho los asesores jurídicos sobre este tema es que no hay una lesión efectiva y demostrable para la salud de las personas; allí radica el problema. Entonces, qué bueno sería avanzar en que cuando la persona pone en peligro la salud colectiva pueda ser sancionada. Recuerdo que estos comentarios los hicimos hace meses en una gran reunión celebrada el 23 de agosto; lo recuerdo muy bien porque se venía la famosa Noche de la Nostalgia. Nos reunimos con varios actores y lo hablamos con el fiscal Jorge Díaz. Puse como ejemplo algo de lo que hoy no pensaba hablar: la normativa de control del tabaco. En Uruguay, esta normativa no solo ha sido innovadora, sino modelo para la Organización Mundial de la Salud en algunos de sus artículos. Establece penas muy importantes -que pueden llegar a la clausura de un local- para los daños previstos, probables. Obviamente, es por todos conocido -no hay que ser médico para saberlo- que uno de los agravantes en cuanto a las infracciones a la Ley Nº 18.256 es fumar en presencia de una mujer embarazada; es una falta grave, así como fumar en presencia de enfermos aquejados de patologías severas como el EPOC, o de niños. Eso aparece en el capítulo de infracciones y sanciones. Presumiblemente, la mujer embarazada -más allá de que se puede estar afectando en forma aguda por el humo; puede tener una serie de patologías- no va a ser afectada en ese instante de cáncer de pulmón, por ejemplo; sin embargo, la norma establece que es una falta gravísima porque si eso persistiera en el tiempo es presumible que no solo la mujer, sino el producto de su embarazo -el feto- pueda estar aquejado de graves patologías. Eso lo demuestra la ciencia y lo dejo como un insumo. No hablo de la afección demostrada, sino del peligro. Eso lo ha establecido la legislación uruguaya como una infracción grave o gravísima. En tal sentido, podríamos no tener el daño ya producido, sino caminar hacia la inminente peligrosidad. En el caso de la pandemia, una persona que viola la cuarentena puede hacer perder el hilo epidemiológico y exponer a otras a sufrir la enfermedad.

Con respecto al segundo inciso, lo que nos dicen nuestros asesores jurídicos es que deberíamos conversar con los legisladores proponentes, redactores de este proyecto de ley. El segundo párrafo de ese inciso dice: "En caso de que el autor se encuentre cursando la enfermedad y a fin de prevenir la propagación de la misma y la eliminación del riesgo de su contagio, la pena impuesta se hará efectiva mediante el cumplimiento del tratamiento indicado para su curación por el médico tratante y en las condiciones médicas indicadas". Lo leí textual porque, si no, sería imposible llevar adelante el siguiente razonamiento. Lo que entendió nuestra asesoría jurídica -les pido que me corrijan porque entre ustedes hay miembros redactores de este proyecto de ley- es que ante la eventualidad de que una persona haya sido diagnosticada de covid- 19, esté cursando la

enfermedad y viole una disposición, si esa persona cumple lo que dicen las dos últimas oraciones -"[…]cumplimiento del tratamiento indicado para su curación por el médico tratante y en las condiciones médicas indicadas"-, sucedería lo siguiente. Imaginemos a un paciente no complicado y que su médico tratante lo envía a su domicilio; por tratarse de una persona sintomática, lo hace estar aislado catorce días. Luego, en ausencia de síntomas, tiene su alta correspondiente. Entonces, con catorce días de "pena" ya quedó cumplida la sanción que se impone. Nuestra asesoría legal y jurídica nos advierte que parece haber una incongruencia con el primer párrafo porque los que violen las disposiciones sanitarias se van a ver expuestos a una pena de tres meses a veinticuatro meses de prisión contra una persona que, con síntomas presentes -fiebre, tos, etcétera- viola las disposiciones; sucede que como estuvo catorce días aislado en su casa, luego queda eximido de la pena. A todas luces, habría cierta incongruencia.

Los artículos 3º y 4º tienen cierto nexo entre ellos. No vamos a discutir el artículo 33 del Tocaf, pero nos parece que podría tener una cuantía baja. Sabemos que eso no puede ser arreglado rápidamente, salvo con modificaciones de los valores. Yo no propongo eso. Como representante del Ministerio de Salud Pública, digo que parece tener una cuantía baja. Puede ser una ayuda, pero no una solución; puede haber otros mecanismos u otros incisos con cuantía más alta.

El artículo 4º faculta al Poder Ejecutivo a la adquisición de kits y ensayos de detección del covid- 19 y a fortalecer y promover su producción nacional en base al desarrollo elaborado por la Universidad de la República y el Instituto Pasteur. Esto podría causar algún inconveniente al Estado, porque lo ponemos en la letra y entonces es una obligación. Me refiero a cuatro conceptos: adquisición de kits y ensayos, detección, fortalecimiento y promoción de la producción nacional. Por supuesto que siempre debemos promover la producción nacional; eso es muy fácil de ponerlo entre los objetivos. Todo lo demás podría generar algún problema. Nosotros creemos que debería ser revisado el texto, más allá del concepto. Por ejemplo, si hablamos de fortalecer la producción por parte de las universidades o del Estado y no se concreta, ¿qué sucede? Tenemos el claro caso del Instituto Pasteur, que realizó la producción de kits. No se realizan convenios porque cada uno está en su derecho de no hacerlo. La Universidad de la República podría no haber respondido, el Instituto Pasteur podría no haber respondido y el Ministerio no firmar un convenio. ¿Quién es responsable? ¿El Instituto Pasteur y la Universidad de la República? ¿Los ponemos en el sitio del acusado diciendo que no vinieron a dialogar y que no tienen presupuesto para realizar lo que se solicita? Pero, ¿a quién se lo exigimos? No sé si se comprende lo que quiere decir el Ministerio de Salud Pública. Compartiendo la importancia de esto, creemos que tal vez que en una ley hagamos exigible la adquisición de kits y ensayos y el fortalecimiento de todas esas determinaciones no sea una de las funciones integrales de un Ministerio de Salud Pública.

Además, tenemos un brevísimo comentario sobre el texto y lo taxativo. Se habla del desarrollo elaborado por la Universidad de la República y el Instituto Pasteur. En una legislación de alcance general, al Ministerio no le parece adecuado que se nombre a dos entidades académicas y de formación integral; se cita a la Universidad de la República y al Instituto Pasteur, una entidad de las varias de investigación. Algunas otras han sido colaboradoras del Estado.

El artículo 5º habla acerca de que el Poder Ejecutivo deberá exigir a los prestadores de salud públicos y privados la más amplia disponibilidad y accesibilidad de tests diagnósticos. La disponibilidad y accesibilidad de tests diagnósticos debe estar en consonancia con lo que dictamine la autoridad sanitaria en cuanto a indicación y oportunidad. Nosotros creemos que esta redacción genera cierta confusión. Hago la

consulta, porque algunos de ustedes son los redactores del proyecto que la Comisión está analizando: ¿qué quiere decir exactamente exigir el Poder Ejecutivo a prestadores de salud públicos o privados amplia disponibilidad y accesibilidad a los test diagnósticos? Porque eso podría incluir no solo a los test que indican los médicos o Epidemiología; podría también tomarse como que un usuario, por motu propio, hiciera exigible a ese prestador la realización de un test diagnóstico. Se nos puede decir que en prácticamente todas las instituciones, para la realización de prácticamente cualquier estudio, debe existir la indicación médica, pero como en algunos casos esas indicaciones, más allá de que sean firmadas o no por un profesional, están dadas por determinadas pautas, protocolos, guías y demás, no parece adecuado atar esto con lo que la autoridad sanitaria tenga que dictaminar. Como comentario tengo que decir que la amplia disponibilidad y accesibilidad a test diagnósticos y el fortalecimiento de estrategias de prevención en cuanto a la propagación del virus es lo que ha hecho el Ministerio de Salud Pública desde el día uno de la pandemia. Estuvimos horas hablando acá de cómo se han dispuesto esas medidas.

El artículo 6° habla de proteger al personal de salud, racionalizar recursos humanos disponibles del sistema y de la disposición de medidas urgentes. No voy a leer los cuatro parágrafos -el a), el b), el c) y el d)-, pero queríamos preguntar, porque las leyes son generales -aunque este proyecto en su título habla del Covid 19-, si las medidas urgentes son por el Covid 19, por esta pandemia, porque esos cuatro incisos refieren a ciertas obligaciones generales que están muy bien. No tenemos ningún comentario sobre esos cuatro puntos, pero hay diversas recomendaciones, guías y protocolos que han emanado de esta pandemia que están aquí. No estoy alabando al Ministerio ni al gobierno, solo digo que lo que aquí se dice se ha hecho sin necesidad de legislar en medidas urgentes. Me vienen a la mente las medidas de protección porque de ellas se habla en el literal d), que refiere a obligar al personal de la salud a prestar atención adoptando medidas. Nosotros entendemos que con el Decreto N° 93/020 y en una emergencia sanitaria es de obligación exigible que las empresas apliquen la recomendación del Ministerio de Salud Pública. El señor diputado Gallo hizo apreciaciones que compartimos, porque es un actor del sistema de salud y puede haber sufrido -él o sus compañeros- en carne propia la falta de algún insumo. Obviamente nosotros, como Ministerio de Salud Pública en cuanto a la fiscalización y otros actores, tendríamos que velar muy rígidamente -lo estamos haciendo- porque esto se cumpla. Tal vez no sería necesario legislarlo, sino hacerlo cumplir.

En cuanto al Capítulo II, no voy a comentar artículo por artículo. En el segundo párrafo del artículo 7° se dice que los elementos deben ser proporcionados a los empleados en cantidades necesarias por el empleador a su costo y que esto será reglamentado a través de la negociación colectiva. Creemos que aquí hay dos o tres cosas que podríamos desglosar. Lo relativo a proporcionar los elementos en cantidad necesaria por el empleador está previsto por todos los mecanismos que ya tiene instituidos el Estado en la normativa anterior y en la que ha emergido de esta emergencia sanitaria en este año de pandemia. En cuanto a la reglamentación a través de una negociación colectiva, dejamos la legítima duda de si esa reglamentación debe ser a través de negociación colectiva o, si en caso de que este proyecto de ley se aprueba en esta Casa, no debería reglamentarlo la autoridad competente, el Ministerio competente o quien se disponga. Ustedes saben que en ese sentido el legislador va a ser muy claro en establecer quién lo reglamente. Nosotros consideramos que debería ser quien corresponda y no una negociación.

Con respecto a los otros artículos, que se refieren a la responsabilidad solidaria y demás, desde la Dirección General de la Salud no tenemos muchos comentarios para

hacer. Si ustedes lo consideran, podemos intercambiar en ese sentido conceptos que no he traído hoy y que, por lo tanto, no vamos a considerar en esta instancia.

Estos son los comentarios que dejamos sobre el primero de los proyectos que nos pidieron que comentáramos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ahora vamos a referirnos al proyecto de ley sobre medicamentos.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA (Miguel).- Sobre el proyecto de ley que tiene como título "Medicamentos" tenemos algunos comentarios. En un tema tan sensible como los medicamentos debemos hacer unas apreciaciones iniciales porque somos el Ministerio de Salud Pública, el organismo que ejerce la rectoría, la garantía para la población, la normatización, la evaluación, los controles y demás.

Desde el punto de vista de la normativa que aplica nuestro departamento de medicamentos, no hay grandes objeciones de fondo a una propuesta de este tipo siempre y cuando se aseguren las correctas condiciones de almacenamiento y transporte hasta la entrega al usuario. Nos referimos al macroconcepto que recoge este proyecto. No estamos diciendo que compartamos o no el proyecto, sino que desde el punto de vista técnico el departamento de medicamentos no tendría por qué tener objeciones si se cumple lo que ahora voy a pasar a comentar. La tarea del departamento de medicamentos no es evaluar lo que va a venir después.

Hay tres aspectos como fundamentos de ajuste que creemos que son importantes. En cuanto a los medicamentos siempre hay un aspecto relevante que es asegurar las correctas condiciones de almacenamiento en stock del fabricante o distribuidor y durante el propio transporte, porque cuando el medicamento se transporta, sigue siendo almacenado en ese medio de transporte donde puede quedar por horas o días dado los trayectos que a veces se tienen que recorrer. También se debe asegurar la trazabilidad del medicamento desde su fabricación hasta la dispensación final, que es la entrega al paciente o al usuario, como quede redactado.

El segundo tema fundamental a considerar antes de los artículos es la gestión del medicamento. En el seno de las instituciones asistenciales -públicas o privadas, tengan o no una farmacia interna- se dispone de vademécum institucionales que hacen a la gestión de los medicamentos, de stock donde la cantidad de unidades tiene gran importancia, de depósitos, de procesos y de personal necesario desde la recepción en almacenes hasta la disposición final, y todo eso debe gestionarse haciéndose previsiones. Por otro lado, hay temas que se vinculan con la esfera comercial como, por ejemplo, los proveedores previamente seleccionados. Para los centenares o miles de medicamentos que puede dispensar una institución o cualquier prestador en lo comercial hay proveedores que se seleccionan por determinados mecanismos. A veces, esos mecanismos proveen para adelante meses o años de ese medicamento, según las instancias comerciales libres que se hayan instituido: marcas comerciales determinadas, volúmenes previstos, cadenas de pago. Digo esto porque va a tener que ver con parte del articulado. Cada prestador tiene todos esos elementos, si están bien gestionados, en forma prevista para meses o años difíciles de variar en el mientras tanto.

La tercera consideración importante como tema técnico desde la evaluación sanitaria y el medicamento son los puntos de dispensación, o sea las vulgarmente llamadas farmacias: hospitalarias, sanatoriales o lo que fuera. Allí hay una planta física determinada, un stock de medicamentos, personal, y todo esto debe ser adecuado a los volúmenes de usuarios que realizan gestiones a fin de facilitar los trámites minimizando los tiempos y los riesgos de contagio por el virus Sars Cov 2. El espíritu del proyecto

podría estar en la intención de descongestionar las farmacias hospitalarias o en que los usuarios no deban desplazarse o no tengan que ir a los lugares por el riesgo inherente de la pandemia, pero tengamos en cuenta que el punto de dispensación también tiene una gestión determinada y si la variamos seguramente haya alguna repercusión.

De los tres artículos del proyecto de ley, haremos comentarios sobre dos.

Desde el Ministerio de Salud Pública creemos que debe quedar claro que este proyecto de ley tiene carácter excepcional por la pandemia. Hoy en día el Ministerio está impulsando procesos de transformación en cuanto a historia clínica electrónica, dispensación de receta electrónica o varios temas que se están trabajando con Salud.uy, gobierno electrónico y demás. No digo que algunos elementos contenidos en esta redacción sean el germen de un cambio futuro, porque prácticamente todos ya están estudiados, pero creemos que este proyecto de ley debería estar destinado al carácter excepcional que tiene esta pandemia respetando la normativa y los actuales procederes que hacen a la prescripción y dispensación de medicamentos en el seno de las instituciones asistenciales.

En cuanto a los artículos, vamos a hacer referencia a los numerales para que sea más sencillo de entender. El numeral b) del artículo 1° dice que la dispensación puede ser por intermedio de una farmacia hospitalaria de otro prestador de salud público o privado -obviamente, no voy a leer todo lo anterior porque doy por sentado que sabemos de lo que estamos hablando-, y con respecto a este punto tenemos algunos comentarios. En la realidad actual, habría una difícil factibilidad para llevar esto a cabo. Yo no digo que el Ministerio quiera que sea poco factible, sino que, según las realidades que viven nuestras divisiones, quienes nos han instruido en el tema -los servicios de salud, evaluación sanitaria, jurídica y demás- lo ven como poco factible, porque las farmacias hospitalarias cuentan con ciertos stock de medicación que se relacionan con las poblaciones usuarias. A su vez, hay que tener en cuenta ciertas características epidemiológicas de las poblaciones usuarias que los gestores llevan a cabo dentro de las propias instituciones en base a determinados estudios que no son rápidos de realizar; la variabilidad de esto traería algunas indiscutibles dificultades que llevaría a acuerdos imprescindibles entre direcciones técnicas. Sin acuerdo entre las direcciones técnicas y, a su vez, de las direcciones técnicas con los gerentes de gestión y demás de las propias instituciones, sería imposible dispensar en forma cruzada.

Por otra parte, esto sería complejo de instrumentar porque no se cuenta con una historia clínica electrónica nacional normatizada. Informo a la Comisión, por si no tienen el dato, que estamos trabajando en forma intensísima en la historia clínica electrónica nacional. Este trabajo tiene más de diez años y creemos que es trascendente porque, repito, no contamos al día de hoy con una historia clínica electrónica nacional normatizada ni con prescripción digital. Hoy dije que somos humanos pero también tenemos tiempo para trabajar, además del Ministerio, en Salud.uy y con el gobierno electrónico en los mecanismos que hacen a una futura historia clínica electrónica. Esperemos tener novedades para los primeros meses del año próximo.

Reitero que este cambio en la dispensación dificultaría el manejo de stock de medicamentos institucionales y previsiones de compra. Los vademécum institucionales que referí al principio son propios de cada institución, y sería necesario definir los distintos sistemas de copago y cómo se efectiviza el cobro. Además, podrían surgir problemas para el control de psicofármacos y los balances correspondientes. Esto es muy rígido y está normatizado en forma muy estricta por el Ministerio de Salud Pública y por leyes de interés general.

El artículo 1° también tiene un numeral c) que refiere al servicio de entrega a domicilio y cadetería a costo del prestador de salud; ese numeral puede tener algunos inconvenientes. Estaríamos de acuerdo en tanto se cumplan con las correctas condiciones de almacenamiento durante el transporte de los medicamentos; esto lo dijimos hoy cuando hablamos de la faceta técnica. Hay que tener en cuenta que si el transporte se hace de forma masiva, podría acordarse la distribución de grandes volúmenes y cualquier gestor nos diría que habría que ver cómo distribuirlos. Estos grandes volúmenes pueden implicar largos tiempos de medicamentos en móviles -como dijimos al inicio- y tal vez los móviles podrían no tener las condiciones adecuadas de temperatura y humedad. En ese sentido, entramos en alguna faceta comercial del asunto, en la que el Ministerio no tiene por qué entrar, aunque es conocedor de la implicancia que pueden tener estas cosas. El rol de la dispensación es de la farmacia hospitalaria y no puede ser delegado en transportistas o centros de distribución. Acá podríamos tener una enojosa confusión entre quién es el dispensador y quién el que lo suministra en un destino final. Las consideraciones vienen al caso del inciso c) que podría generar algunas complicaciones.

El artículo 2° refiere a que cada usuario de los prestadores de salud puede optar por la modalidad de retiro de los medicamentos que le sea más conveniente de acuerdo con su estado de salud, situación epidemiológica y cercanía. Si se adoptaran y aceptaran todas las modificaciones anteriores, debería establecerse que el usuario pueda elegir según las opciones que el prestador de salud le informe de acuerdo con su estado de salud, situación y cercanía, por supuesto acordando con dicho prestador los tiempos que correspondan para acceder a las nuevas opciones de dispensación. Estamos obviamente de acuerdo con que esto pueda ser así, pero tengamos en cuenta que las nuevas opciones de dispensación deben ser muy bien estudiadas.

Me referí a la trazabilidad de la medicación, que por supuesto nos preocupa, y en lo que tiene que ver con la forma en que le llega a las personas, tengamos en cuenta que muchas veces hay algunos copagos y cadetes que pueden actuar en el mecanismo. Hay que tener previsto todo esto.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis Enrique).- Quería dejar una constancia.

Obviamente escuchamos con mucha atención a mi amigo el doctor Asqueta, quien tiene la virtud y la suerte de haber sido legislador y conoce cómo se puede llegar a destruir un proyecto de ley armado. Este proyecto está hecho el 6 de mayo y la idea era justamente, previendo las complicaciones de una pandemia, facilitar de alguna manera la adquisición de los medicamentos prescritos porque sabíamos las dificultades que había en el tiempo de espera en hospitales y mutualistas. Nadie está pensando en la trazabilidad ni en todas esas cosas. Obviamente, todo lo que dijo el doctor Asqueta es así y es compartible, pero la idea y el espíritu con que se trabajó este proyecto de ley es la de facilitar y dar un marco legal para no complejizar todas esas dificultades que se veían y se siguen viendo. No las vimos durante parte de la pandemia pero hoy, cuando estamos peor, los tiempos de espera tanto en hospitales como en mutualistas son mayores. En las mutualistas más grandes hay entre una hora y media y dos horas de cola para obtener un medicamento antihipertensivo o lo que sea. El espíritu con que el Frente Amplio presentó este proyecto de ley era el de lograr una herramienta para facilitar. La lección que nos dio el doctor Asqueta es correcta, pero no tiene nada que ver con el espíritu con el que quisimos encarar este problema el día 6 de mayo de 2020.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pido la colaboración de todos los integrantes de la Comisión para no entrar en un debate. Previamente, se hizo un acuerdo en el sentido de que no iba a haber ningún intercambio, por temas de tiempo.

(Interrupción del señor representante Luis Gallo Cantera)

——Señor diputado: eso fue lo que decidieron los miembros de la Comisión.

Además, me avisan las secretarias que ya es la hora 15 y 40. Todavía tenemos un proyecto por tratar y a la hora 15 y 55 la Comisión debe terminar.

Me parece injusto entrar en un intercambio en este momento. Así que no le vamos a dar la palabra al doctor Asqueta para que responda, porque no viene al caso y porque se definió otra cosa.

Lamentablemente, no decidimos comenzar esta sesión a las hora 10; de repente, eso hubiera sido lo indicado.

En definitiva, pido la colaboración de todos los legisladores para poder cumplir con lo pautado.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Faltan solo diez minutos para que finalice la Comisión; nos tenemos que atener a los reglamentos existentes. Quiero que esos diez minutos la delegación los invierta en expresar su punto de vista sobre el tercer proyecto. Fueron citados para eso. Resta esa última opinión. Así que sugiero que en esos diez minutos evitemos los intercambios y los dediquemos a los invitados, para que puedan exponer sobre el proyecto relativo a la telemedicina.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA (Miguel).- Aclaro que yo no pensaba entrar en ningún tipo de debate con mi amigo, el diputado Gallo. No pensaba debatir, entre otras cosas -les pido, les exijo que le crean a un vasco-, porque acabo de ver en este instante la fecha del proyecto: "Montevideo, 6 de mayo de 2020". Espero que me entiendan: en los últimos tres días me he levantado a la hora 4 y 30 para estudiar estos temas y poder venir acá, porque si no lo hacía, no me daba el tiempo.

En definitiva, como no vi la fecha, es probable que muchas de las consideraciones no correspondan. El 23 de noviembre, a nosotros nos llegó su correo electrónico. Yo pensé que este era uno de los últimos proyectos de ley. Si hubiera leído que era del 6 de mayo, tal vez hubiera llamado a la presidenta para preguntarle: "¿Un proyecto del 6 de mayo que refiere a estas cosas? ¿Les parece tratarlo ahora?". Simplemente, esto es lo que quería comentar.

(Diálogos)

——Yo trabajé como si este proyecto hubiese sido presentado la semana pasada; eso es lo que hacemos habitualmente en el Ministerio de Salud Pública. Así que les pido disculpas. Quería expresar, sin discutir, cuál fue el ánimo. Reitero: no vi que el proyecto era del 6 de mayo; pensé que era actual.

Con respecto a la iniciativa sobre telemedicina, en aras de ser breve -yo sé muy bien lo que son los tiempos-, no vamos a hacer una introducción. Sí les podemos enviar documentación respecto a cuál es el concepto que este Ministerio tiene sobre la telemedicina y la importancia que le da.

Entonces, vamos a referirnos al artículo 7º de la Ley N° 19.869. Nos hubiera gustado hacer referencia a todos los fundamentos jurídicos de este artículo, pero solo vamos a hablar de una parte.

El artículo 7º establece que para brindar servicios de telemedicina, se deberá recabar el consentimiento, tanto para el acto médico como para el tratamiento de los datos personales.

Queremos dejar constancia de que la reglamentación de la norma está a estudio del MSP. Sabemos que se ha pospuesto en el tiempo; ya debió estar reglamentada. Entenderán los señores legisladores que el Ministerio de Salud Pública no ha podido terminar de estudiar todos los elementos que hacen a la reglamentación. Esperemos tener a fin de año el texto completo

Lo cierto es que la reglamentación a estudio del MSP establecerá el tipo de consentimiento y los requisitos necesarios para su validez. Es necesario decir que en la reglamentación a estudio está presente el tipo de consentimiento y los requisitos necesarios para su validez.

En esto está trabajando un grupo de expertos, dentro del que hay integrantes del Ministerio de Salud, de la sociedad civil y de otras organizaciones, algunas de ellas del Estado y otras, no, como el Colegio Médico. Allí se están haciendo aportes para lograr el mejor reglamento para la ley de telemedicina.

El proyecto a estudio de la Comisión propone una modificación. Voy a referirme brevemente a la opinión de la Dirección General de la Salud al respecto.

A juicio de este grupo de trabajo, la redacción original del artículo 7º no contravendría el Código de la Niñez y la Adolescencia ni la Ley N° 19.529, de Salud Mental en los casos que existan excepcionalidades jurídicas establecidas previamente. No obstante, no tenemos objeción en hacer lugar a las modificaciones propuestas, que remiten, específicamente, a las disposiciones que acabo de referir.

Además, consideramos pertinente recoger específicamente en la reglamentación de la Ley -en esto se está trabajando- mecanismos tecnológicos y jurídicos que permitan garantizar al médico y al paciente principios de buenas prácticas en relación al consentimiento.

Con respecto al concepto de consentir, que es fundamental, voy a leer la opinión de Sánchez- Caro. A su entender, habría las siguientes facultades: "1. La facultad de consentir la recogida, la obtención y reglamentación a los efectos de determinar el tipo de consentimiento y los requisitos necesarios para su validez. 2- La facultad de consentir su posterior almacenamiento y tratamiento." -algo fundamental- "3. La facultad de consentir su uso o usos posibles por un tercero, sea el Estado o un particular. 4. La facultad de saber en todo momento quién dispone de estos datos personales y a qué uso los está sometiendo. 5. La facultad de poder oponerse a esa posesión y usos requiriendo a quien corresponda que ponga fin a la posesión y empleo de los datos, previa exigencia de que le informe de qué datos posee sobre su persona y qué destino han tenido. Esta facultad alcanza también a la posibilidad de exigir que los datos sean rectificados o cancelados".

Todas estas facultades las debe tener, obviamente, quien otorga el consentimiento.

Por otra parte, debe recordarse que el escenario de la práctica de la telemedicina puede no ser el ideal para dilucidar, en el caso del personal de la salud y, cuando no haya una definición jurídica previa, en el caso de un menor o de una persona con discapacidad, los profundos aspectos doctrinarios en lo jurídico y biopsicosocial que implican estas definiciones, ya que, probablemente, el marco de telesalud tenga, como objetivo inicial, el desarrollo de una herramienta de menor alcance. En este sentido, debe salvaguardarse y proteger cualquier mala utilización de las herramientas tecnológicas en toda población potencialmente vulnerable.

Por estos motivos, la Dirección General de Salud concluye que no considera que la redacción original del artículo 7º contravenga el ordenamiento jurídico.

Por otra parte, no hay objeción alguna a la propuesta de modificación del artículo 7º de esta Ley, a estudio de la Comisión. Creemos que, si fructificara, no colidiría con los preceptos fundamentales.

Esto es cuanto tenemos para decir sobre esta iniciativa.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Nosotros hemos sido redactores de este proyecto. Tenemos claro cuáles son nuestras competencias y las discutiremos en este ámbito legislativo.

Nosotros planteamos este asunto en el plenario durante la situación de emergencia. Nuestra fuerza política y todo el sistema político aprobaron la ley de telemedicina. Sin embargo, lo que prevé el artículo 7º en cuanto al consentimiento de menores de edad o de declarados incapaces, realmente contraviene toda -reitero: toda- la reglamentación con la que este sistema político ha garantizado los derechos a los niños y adolescentes, en el marco de la Convención y del Código de la Niñez y la Adolescencia. La autonomía progresiva está realmente consolidada en todos los lugares desde la Convención. Hace años, cuando ejercía la medicina, por suerte tenía el respeto a la autonomía progresiva en el aval de la atención de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, no como vulnerables o no respondiendo solamente a la tutoría de un referente legal.

Con respecto al artículo 224, aclaro que ya fue votada la propuesta del diputado Mario Colman, y ya pasó al Senado. Nos sirven sus aportes, pero eso ya fue consolidado.

Por lo tanto, seguiremos trabajando en el proyecto de telemedicina en este ámbito, teniendo en cuenta lo que en nuestro país fue votado: el Código de la Niñez y la Adolescencia. Nos gustaría que el sistema de salud siguiera teniendo entre sus principios rectores el respeto a la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes. Cuando votamos afirmativamente la Ley en el plenario, quisimos dejar constancia de que queríamos introducir esta modificación en este año. Esto nos ha llevado mucho tiempo; no pensamos que llevaría tanto algo que es básico y elemental, pero, bueno, la vida es así.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos enormemente su presencia en la Comisión y la profesionalidad y responsabilidad con la que nos han trasmitido la información solicitada. Por supuesto, queda abierta la vía de comunicación que siempre tienen todos los legisladores en el caso de que se considere que alguna respuesta no fue suficiente por el apuro que hubo en virtud del tiempo acotado de que disponíamos. En la próxima sesión, vamos a evaluar si hay alguna pregunta pendiente. De ser así, a través de la Secretaría se la haremos llegar para que la respondan en forma escrita.

Muchas gracias por las horas que le dedicaron a los legisladores de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

≠